**Wniosek o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia
na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej**

**na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia
w podmiocie wykonującym działalność leczniczą**

Wnioskuję o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu *(zaznacz właściwe)*:

 pielęgniarki  położnej

Dane Wnioskodawcy:

Płeć: kobieta mężczyzna *(zaznacz właściwe)*

|  |
| --- |
| Imię (Imiona): |
| Nazwisko: |
| Nazwisko rodowe: |
| Data urodzenia: |
| Miejsce urodzenia (państwo, miejscowość): |
| Obywatelstwo: |
| Nazwa państwa/państw w którym/w których zostały uzyskane kwalifikacje: |
| Dane do kontaktu (adres do korespondencji, nr telefonu, adres e-mail): |

Dane Pełnomocnika (jeżeli jest ustanowiony):[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres do korespondencji/nr telefonu/adres e-mail:  |

Uzyskane kwalifikacje:

|  |
| --- |
| Nazwa ukończonej szkoły:  |
| Uzyskany tytuł zawodowy i dokument potwierdzający ukończenie szkoły (data i miejsce wydania dokumentu): |
| Okres kształcenia w szkole: |
| Inne ewentualne dokumenty (poświadczające posiadanie kwalifikacji zawodowych odpowiadających zakresowi czynności zawodowych wskazanych w zaświadczeniu, wydane przez właściwy organ):1.2.3. |

Doświadczenie zawodowe:

|  |
| --- |
| Okres zatrudnienia jako pielęgniarka lub położna: |
| Doświadczenie zawodowe w kolejności chronologicznej (wypisz w punktach miejsca dotychczasowego wykonywania pracy – miejsce, stanowisko, stosunek pracy):1.2.3.4.5.6.7.8.9.10. |

Podmiot, w którym zamierza Pan/Pani podjąć zatrudnienie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

|  |
| --- |
| Pełna nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: |
| Okres planowanego zatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (od…do…): |

Oświadczam, że informacje podane we wniosku i załączone dokumenty są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku2.

Data i podpis………………………………………………

2Administratorem Państwa danych osobowych jest Minister Zdrowia. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych w Ministerstwie Zdrowia można uzyskać pod linkiem: https://www.gov.pl/web/zdrowie/dane-osobowe.

1. Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione [↑](#footnote-ref-1)