

**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**

Wnioskuje 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

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

Uzyskane kwalifikacje:

Nazwa ukończonej szkoły:

¹ Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione

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>.

Wykaz niezbędnych do dołączenia dokumentów:

1. Zaświadczenie od podmiotu wykonującego działalność leczniczą zawierające poniższe informacje:

- a) Imię i nazwisko osoby, którą podmiot zamierza zatrudnić,
- b) Wykaz komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego, w których mogłaby Pani podjąć zatrudnienie,
- c) Czas planowanego zatrudnienia,
- d) Wskazanie zakresu czynności zawodowych zgodnych z posiadanym przez pielęgniarkę lub położną wykształceniem.

2. Własnoręcznie podpisane oświadczenie, o wykazywaniu znajomości języka polskiego niezbędnej do wykonywania powierzonego zakresu czynności zawodowych. (oświadczenie powinno zawierać nazwisko i imię, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz własnoręczny podpis pielęgniarki lub położnej).

3. Oświadczenie o następującej treści: "Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych" (oświadczenie powinno zawierać nazwisko i imię, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz własnoręczny podpis pielęgniarki lub położnej).

4. Wydany przez lekarza dokument poświadczający, że stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej (dokument może być przedstawiony w ciągu 3 miesięcy od daty jego wydania, co oznacza, że orzeczenie jest ważne przez okres trzech miesięcy od dnia jego wydania).

5. Dokumenty poświadczające nienaganną postawę etyczną:

a) Oświadczenie o następującej treści: „Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne

w sprawie o umyślne popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie

zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz innymi przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 35a ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.

(oświadczenie powinno również zawierać nazwisko i imię pielęgniarki lub położnej, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis pielęgniarki lub położnej.

b) Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w kraju w którym wnioskodawca wykonywał/wykonuje zawód.

W przypadku trudności z pozyskaniem tego dokumentu, należy złożyć oświadczenie o treści: „Oświadczam, że nie jest możliwe uzyskanie dokumentu potwierdzającego niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydanego przez uprawniony organ w kraju, w którym wykonywałam lub wykonuję zawód z powodu..... (wskazać powód)”.

(oświadczenie powinno również zawierać nazwisko i imię pielęgniarki lub położnej, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis.)

6. Wydany przez właściwy organ dokument poświadczający, posiadanie co najmniej 3-letniego doświadczenia zawodowego jako pielęgniarka lub położna, uzyskane w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających uzyskanie zaświadczenia, o którym mowa pkt 1.

7. Dyplom pielęgniarki lub położnej, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej. Dyplom lub jego duplikat musi być zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej, właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wydano ten dyplom, albo na dyplomie lub jego duplikacie umieszczono albo dołączono do dokumentu apostille (jeżeli dyplom został wydany przez szkołę działającą w systemie szkolnictwa państwa będącego stroną Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r.).