Załącznik nr 7 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

# ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „A"

**Dane identyfikacyjne:**

| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |

## Podstawowe dane:

| | | |
|---|---|---|
| **Nazwisko:** | | |
| **Imię (imiona):** | | |
| **Nazwisko rodowe:** | | |
| **Nazwisko poprzednie:** | | |
| **Płeć:** | ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna | |
| **Imię ojca:** | | |
| **Imię matki:** | | |
| **Data urodzenia (rrrr-mm-dd):** | ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ | |
| **Miejsce urodzenia:** | **Miejscowość:** | **Gmina, Województwo \ Kraj** |
| **Obywatelstwo/a:** | | |
| **Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:** | ☐ Uregulowany ☐ Nieuregulowany | |

## Dane teleadresowe:

| **Adres miejsca zamieszkania:** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Miejscowość:** | | | | |
| **Województwo:** | **Powiat:** | **Gmina:** | | |
| **Kod pocztowy:** | **Ulica:** | **Nr domu:** | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**Załączniki:**

1) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia -tylko w przypadku posiadania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wydanego przed 11 lipca 2022 r.);
2) dokument tożsamości do wglądu;
3) dokument potwierdzający zmianę danych osobowych do wglądu.

Załącznik nr 7 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

# ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „B"

## Dane identyfikacyjne:

| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |

## Dane o wykształceniu:

| | |
|---|---|
| **Uzyskany tytuł zawodowy:** | ☐ pielęgniarka ☐ położna<br>☐ pielęgniarka dyplomowana ☐ położna dyplomowana<br>☐ licencjat pielęgniarstwa ☐ licencjat położnictwa<br>☐ magister pielęgniarstwa ☐ magister położnictwa |
| **Nazwa ukończonej szkoły:** | |
| **Miejscowość szkoły:** | |
| **Numer dyplomu/świadectwa:** | |
| **Data wydania dyplomu:** | ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ |
| **Rok ukończenia szkoły:** | ☐☐☐☐ |
| **Miejscowość wydania dyplomu:** | |

## Dane o stopniach i tytułach naukowych:

| | |
|---|---|
| **Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):** | |
| **Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):** | |
| **Dziedzina stopnia\tytułu naukowego:** | |
| **Data uzyskania:** | ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ |
| **Nazwa organu nadającego stopień\tytuł:** | |

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**Załącznik:**
1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane wykształcenie-oryginały do wglądu.

Załącznik nr 7 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH**
**W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „C"**

## Dane identyfikacyjne:

| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |

## Dane o stażu podyplomowym:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nazwa firmy/podmiotu:** | | | | |
| **NIP:** | | | | |
| **REGON:** | | | | |
| **Data rozpoczęcia stażu:** | \|_\|_\|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| | | | |
| **Data zakończenia stażu:** | \|_\|_\|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| | | | |
| **Adres siedziby:** | | | | |
| **Miejscowość:** | | | | |
| **Województwo:** | **Powiat:** | **Gmina:** | | |
| **Kod pocztowy:** | **Ulica:** | **Nr domu:** | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**Załącznik:**
1) oryginał zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego.

Załącznik nr 7 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH**
**W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „D"**

## Dane identyfikacyjne:

| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |

## Dane zawodowe:

| | |
|---|---|
| **Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu** | Numery poprzednich zaświadczeń |
| | Organ wydający zaświadczenie |
| | Data wydania |
| **Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska:** | Kraj zagranicznego prawa |
| | Numer zagranicznego dokumentu |
| **Data rozpoczęcia wykonywania zawodu:** | \|_\|_\|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| |

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**Załącznik:**

1) w przypadku prawa wykonywania zawodu w innym państwie-kopia prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska - oryginał do wglądu

Załącznik nr 7 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

# ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „E"

## Dane identyfikacyjne:

| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |

## Dane o zatrudnieniu:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nazwa firmy pełna:** | | | | |
| **NIP:** | **Regon:** | | | |
| **Typ zakładu pracy:** ☐ Publiczny ☐ Niepubliczny ☐ Inny | | | | |
| **Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):** | | | | |
| **Adres zakładu:** | | | | |
| **Miejscowość:** | | | | |
| **Województwo:** | **Powiat:** | **Gmina:** | | |
| **Kod pocztowy:** | **Ulica:** | **Nr domu:** | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |
| **Numer telefonu** | | | | |
| **Stanowisko:** | | | | |
| **Data zatrudnienia od:** | \|_\|_\|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| | | | |
| **Data zatrudnienia do:** | \|_\|_\|_\|_\| \|_\|_\| \|_\|_\| | | | |

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

Załącznik nr 7 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH**
**W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „F"**

## Dane identyfikacyjne:

| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |

## Dane o specjalizacji:

| | |
|---|---|
| **Dziedzina specjalizacji:** | |
| **Data wystawienia dyplomu:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |
| **Numer dyplomu:** | |

| | |
|---|---|
| **Dziedzina specjalizacji:** | |
| **Data wystawienia dyplomu:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |
| **Numer dyplomu:** | |

## Dane o kursach:

| | |
|---|---|
| **Rodzaj kursu:** | ☐ specjalistyczny ☐ kwalifikacyjny ☐ dokształcający |
| **Dziedzina kursu** | |
| **Data ukończenia:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |
| **Nazwa organizatora:** | |
| **Numer zaświadczenia** | |

| | |
|---|---|
| **Rodzaj kursu:** | ☐ specjalistyczny ☐ kwalifikacyjny ☐ dokształcający |
| **Dziedzina kursu** | |
| **Data ukończenia:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |
| **Nazwa organizatora:** | |
| **Numer zaświadczenia** | |

## Dane o studiach podyplomowych:

| | |
|---|---|
| **Dziedzina** | |
| **Data zakończenia:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |
| **Nazwa organizatora:** | |

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**Załączniki:**
1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginały do wglądu;
2) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych

osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia)- tylko w przypadku posiadania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wydanego przed 11 lipca 2022 r.);

Załącznik nr 7 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH**
**W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „G"**

## Dane identyfikacyjne:

| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** | ☐☐☐☐☐☐☐☐ |

**Adres korespondencyjny:** (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> ☐)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Miejscowość:** | | | | |
| **Województwo:** | **Powiat:** | **Gmina:** | | |
| **Kod pocztowy:** | **Ulica:** | **Nr domu:** | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |

**Dane kontaktowe:**

| | |
|---|---|
| **Telefon:** | **E-mail:** |

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2024 r. poz. 1513 ze zm.) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2024 r. poz. 1513 ze zm.) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

---

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.).**

Miejscowość, data ..... Podpis .....