**Załącznik nr 8** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. 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 oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „A”**

**Dane identyfikacyjne:**

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

**Dane osobowe:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona):** |  | | |
| **Nazwisko rodowe:** |  | | |
| **Nazwisko poprzednie:** |  | | |
| **Płeć:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Kobieta |  | Mężczyzna | |  |  | |  |  | | | |
| **Imię ojca:** |  | | |
| **Imię matki:** |  | | |
| **Data urodzenia (rrrr-mm-dd):** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| **Miejsce urodzenia:** | Miejscowość: | Gmina: | Województwo: |
| **Numer PESEL:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| **W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:** | Nazwa dokumentu: | | |
| Numer dokumentu: | | |
| Kraj wydania: | | |
| **Obywatelstwo/a:** |  | | |
| **Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Uregulowany |  | Nieuregulowany | |  |  | |  |  | | | |

**Dane kontaktowe:**

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

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

**Załączniki:**

1) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);

2) dokument tożsamości do wglądu;

3) dokument potwierdzający zmianę danych osobowych do wglądu.