**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. „B”**

**Dane identyfikacyjne:**

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

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uzyskany tytuł zawodowy:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana |  | położna /  położna dyplomowana | |  |  | |  |  | |  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa | |  |  | |  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa | |  |  | |  |  | | |
| **Nazwa ukończonej szkoły:** |  | |
| **Adres szkoły:** | | |
| **Województwo:** | Powiat: | Gmina: |
| **Ulica:** | Nr domu: | Nr lokalu: |
| **Kod pocztowy:** | Miejscowość: | Kraj: |
| **Numer dyplomu/świadectwa:** |  | |
| **Miejscowość wydania dyplomu:** |  | |
| **Data wydania dyplomu:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **Rok ukończenia szkoły:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | | |

**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.