**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. „F”**

**Dane identyfikacyjne:**

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

**Dane o zatrudnieniu:**

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

**Dane o zatrudnieniu:**

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

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