

**1137****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 3 listopada 1999 r.

**w sprawie wzoru zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i wzoru zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.**

Na podstawie art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ustala się wzór zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Ustala się wzór zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu pielęgniarki w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Ustala się wzór zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu położnej w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Ustala się wzór zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu położnej w brzmieniu określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 3. Zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, wydane według wzorów ustalonych w zarządzeniu, o którym mowa w § 4, są wymieniane na odpowiednie zaświadczenia według wzorów ustalonych w niniejszym rozporządzeniu.

§ 4. Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 maja 1997 r. w sprawie wzoru zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i wzoru zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Monitor Polski Nr 38, poz. 380).

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *F. Cegielska*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 3 listopada 1999 r. (poz. 1137)

Załącznik nr 1

WZÓR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI\*



\* Jeżeli prawo wykonywania zawodu dotyczy pielęgniarza, wyraz „pielęgniarki” zastępuje się wyrazem „pielęgniarka”.

Okładka do dokumentu — sztywna, tekturowa w oprawie płóciennej,  
w kolorze niebieskim, o formacie A6 (bigowane A5/A6)

Hologram — pasek o średnicy 5 mm przebiegający pionowo, w odległości 1 cm od krawędzi prawej strony z napisem „ORPIP ORPIP”

.....  
 .....  
 Nazwa okręgowej rady  
 pielęgniarek i położnych



Zaświadczenie nr .....  
 o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza\*

Pani(Pan) .....

.....  
 (imię i nazwisko)

ur. dnia ..... 19..... r.

w .....  
 (miejsce urodzenia)

.....  
 miejsce na  
 fotografię

posiadająca(y) .....

.....  
 (numer, miejsce i data wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych)

jest uprawniona(y) na podstawie art.12 ust.1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r.  
 o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.)  
 do wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza\* na obszarze  
 Rzeczypospolitej Polskiej.

.....  
 miejsce na pieczęć okrągłą

.....  
 numer rejestru pielęgniarek i położnych

.....  
 data i miejsce wydania zaświadczenia ..... podpis przewodniczącego okręgowej  
 rady pielęgniarek i położnych

\*niepotrzebne skreślić

**PRAWO  
 WYKONYWANIA ZAWODU  
 PIELEŃNIARKI\***  
 JEST JEDYNYM DOKUMENTEM  
 STWIERDZAJĄCYM UPRAWNIENIE  
 DO WYKONYWANIA  
 ZAWODU PIELEŃNIARKI  
 NA OBSZARZE  
 RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

wewnętrzna strona okładki

naklejka na stronę 1

\* Jeżeli prawo wykonywania zawodu dotyczy pielęgniarza, wyraz „pielęgniarki” zastępuje się wyrazem „pielęgniarza”.



**Wpisy uzupełniające**

Dane o przeniesieniu się pielęgniarki, pielęgniarza \* na obszar działania innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ..... z siedzibą w .....

Skreślenie ..... Wpis ..... do rejestru nr .....

..... data .....

miejsce na pieczęć okrągłą ..... miejsce na pieczęć okrągłą

..... podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych ..... podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych

\*niepotrzebne skreślić

strona 2

**Wpisy uzupełniające**

Dane o przeniesieniu się pielęgniarki, pielęgniarza \* na obszar działania innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ..... z siedzibą w .....

Skreślenie ..... Wpis ..... do rejestru nr .....

..... data .....

miejsce na pieczęć okrągłą ..... miejsce na pieczęć okrągłą

..... podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych ..... podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych

\*niepotrzebne skreślić

strona 3

**Dane o zmianie nazwiska**

.....  
 nazwisko  
 .....  
 imiona  
 .....  
 nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska  
 .....  
 wydanego przez  
 .....  
 miejsce na pieczęć okrągłą  
 .....  
 data  
 .....  
 podpis przewodniczącego  
 okręgowej rady pielęgniarzek i  
 położnych  
 .....  
 nazwisko  
 .....  
 imiona  
 .....  
 nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska  
 .....  
 wydanego przez  
 .....  
 miejsce na pieczęć okrągłą  
 .....  
 data  
 .....  
 podpis przewodniczącego  
 okręgowej rady pielęgniarzek i  
 położnych

**Adnotacje urzędowe**

**I. Adnotacja o wydaniu duplikatu zaświadczenia**

Na podstawie uchwały nr ..... Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w ..... z dnia ..... wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarzki, pielęgniarza\* nr .....  
 .....  
 miejsce na pieczęć okrągłą  
 .....  
 data  
 .....  
 podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarzek i położnych

**II. Adnotacja o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w .....  
 stwierdza, że Pani (Pan) .....  
 (imię i nazwisko)  
 zrzekła(ł) się prawa wykonywania zawodu, składając w tej sprawie Okręgowej Radzie na piśmie oświadczenie z dnia .....  
 opatrzone własnoręcznym podpisem.  
 .....  
 miejsce na pieczęć okrągłą  
 .....  
 data  
 .....  
 podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarzek i położnych

**III. Adnotacja o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nie określony**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w .....  
 stwierdza, że Pani (Pan) .....  
 (imię i nazwisko)  
 zaprzestata(ł) wykonywania zawodu na czas nie określony, składając w tej sprawie Okręgowej Radzie na piśmie oświadczenie z dnia .....  
 opatrzone własnoręcznym podpisem.  
 .....  
 miejsce na pieczęć okrągłą  
 .....  
 data  
 .....  
 podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarzek i położnych

\*niepotrzebne skreślić

**Adnotacje urzędowe**

**I. Adnotacja o wydaniu duplikatu zaświadczenia**

Na podstawie uchwały nr ..... Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w ..... z dnia ..... wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza\* nr .....  
 miejsce na pieczęć okrągłą

.....  
 data ..... podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych

**II. Adnotacja o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w .....  
 stwierdza, że Pani (Pan) .....  
 (imię i nazwisko)

zrezygowała (z) z prawa wykonywania zawodu, składając w tej sprawie Okręgowej Radzie na piśmie oświadczenie z dnia .....  
 opatrzone własnoręcznym podpisem.

.....  
 miejsce na pieczęć okrągłą

.....  
 data ..... podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych

**III. Adnotacja o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nie określony**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w .....  
 stwierdza, że Pani (Pan) .....  
 (imię i nazwisko)

zaprzestała (ł) wykonywania zawodu na czas nie określony, składając w tej sprawie Okręgowej Radzie na piśmie oświadczenie z dnia .....  
 opatrzone własnoręcznym podpisem.

.....  
 miejsce na pieczęć okrągłą

.....  
 data ..... podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych

\*niepotrzebne skreślić

**WPISY DOTYCZĄCE SPECJALIZACJI**

**SPECJALIZACJA W ZAKRESIE**

.....  
 DOKUMENT

**UZYSKANA Z DNIEM**

.....  
 DNIA

**WYDANY PRZEZ**

.....  
 DATA PODPIS PIECZĘĆ

**SPECJALIZACJA W ZAKRESIE**

.....  
 DOKUMENT

**UZYSKANA Z DNIEM**

.....  
 DNIA

**WYDANY PRZEZ**

.....  
 DATA PODPIS PIECZĘĆ

## POUCZENIE

1. Pielęgniarka\* obowiązana jest do bezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych izby, której jest członkiem, o:
  - przeniesieniu się na teren działania innej izby,
  - zmianie adresu zamieszkania lub prowadzenia indywidualnej i grupowej praktyki pielęgniarskiej oraz specjalistycznej indywidualnej praktyki pielęgniarskiej,
  - zmianie pracodawcy,
  - utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu,
  - uzyskaniu specjalizacji, umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń medycznych, stopnia naukowego lub tytułu naukowego,
  - zmianie nazwiska,
  - uzyskaniu lub utracie obywatelstwa polskiego.
2. Pielęgniarka obowiązana jest do złożenia stosownego oświadczenia okręgowej radzie pielęgniarek i położnych izby, której jest członkiem, w przypadku:
  - zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,
  - zaprzestania wykonywania zawodu na czas nie określony.
3. Pielęgniarka, która:
  - przerwała wykonywanie zawodu na okres dłuższy niż 5 lat,
  - uprzednio zaprzestała wykonywania zawodu na czas nie określony,
  - miała zawieszona prawo wykonywania zawodu, obowiązana jest powiadomić o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu właściwą terytorialnie okręgową radę pielęgniarek i położnych.
4. Pielęgniarka obowiązana jest do bezwłocznego zwrotu okręgowej radzie pielęgniarek i położnych izby, której jest członkiem, dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w przypadku pozbawienia jej prawa wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub utraty tego prawa.
5. Pielęgniarsce nie wolno odstępować dokumentu „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” innej osobie.

\* Jeżeli prawo wykonywania zawodu dotyczy pielęgniarki, wyraz „pielęgniarka” zastępuje się wyrazem „pielęgniarsz”.