

## Zgłoszenie podjęcia / zakończenia<sup>1)</sup> działalności przez pielęgniarkę wykonującą praktykę pielęgniarską

Imię i nazwisko	Nazwa i adres miejsca wykonywania praktyki wraz z numerem telefonu	Numer prawa wykonywania zawodu	Informacje o dodatkowych kwalifikacjach do wykonywania zadań służby medycyny pracy	Data podjęcia działalności (dd-mm-rrrr)  (nie wypełniać w przypadku zakończenia działalności)	Data zakończenia działalności (dd-mm-rrrr)
1	2	3	4	5	6

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2004 r. Nr 125, poz.1317 z późn. zm.)

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- 1) **aktualne zaświadczenie** (wydane przez właściwą okręgową izbę pielęgniarską) **o wpisie do rejestru praktyk pielęgniarskich;**
- 2) **prawo wykonywania zawodu** oraz **dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji do wykonywania zadań służby medycyny pracy** lub **dokument świadczący o trwaniu szkolenia specjalizacyjnego** lub **kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących** - dotyczy pielęgniarek niefigurujących w rejestrze pielęgniarek prowadzonym do dnia 28.06.2011r. przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach.

**Zmiana nazwy lub adresu miejsca wykonywania praktyki wiąże się z koniecznością niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie (w formie pisemnej) Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Katowicach.**

Przedkładane kopie dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem.

.....  
(pieczęć i podpis pielęgniarki )

1) właściwe podkreślić