

....., dnia.....

**FORMULARZ
ZGŁOSZENIA PODJĘCIA/ZAKOŃCZENIA
DZIAŁALNOŚCI PIELĘGNIARKI Z ZAKRESU PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI
ZDROWOTNEJ NAD PRACUJĄCYMI
PRAKTYKUJĄCEJ INDYWIDUALNIE.**

1. Imię, nazwisko i adres pielęgniarki:

.....
.....

2. Adres miejsca wykonywania praktyki indywidualnej:

.....
.....

3. Numer prawa wykonywania zawodu:

.....

4. Numer z rejestru pielęgniarek posiadających dodatkowe kwalifikacje wymagane do wykonywania zadań smp (pielęgniarki zarejestrowane w innych WOMP- kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru):

.....

5. Data podjęcia/zakończenia działalności:*

.....

Podpis i pieczęć osoby dokonującej zgłoszenia

.....

Do zgłoszenia należy dołączyć aktualne dokumenty (kopie):

- zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich,
- zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

Uwaga – zgodność kopii z oryginałem powinna być potwierdzona.

Legenda:

* niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna:

(na podst. Ustawy o służbie medycyny pracy – Dz. U. Nr 96, poz. 593 z dn. 27 czerwca 1997r. z późniejszymi zmianami oraz Rozp. Min. Zdr. Z dn. 30 sierpnia 2001r. – Dz. U. Nr 97, poz1064.)

Żadna część niniejszego dokumentu nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody Dyrektora