

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

.....
miejsowość, data

**Wojewódzki Ośrodek
Medycyny Pracy
ul. Fabryczna 70
66- 400 Gorzów Wlkp.**

Zgłaszam podjęcie * /zakończenie * działalności pielęgniarki w podmiocie leczniczym
sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi
(Podstawa prawna: art.10 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy
Dz. U. z 2014r. poz.1184.)

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego
.....
.....

2. Adres miejsca wykonywania zadań z zakresu profilaktycznej opieki nad
pracującymi.....
.....

3. Oznaczenie podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy
.....
.....

4. Imię i nazwisko pielęgniarki wykonującej zadania z zakresu profilaktycznej opieki nad
pracującymi.....
.....

5. Numer prawa wykonywania zawodu.....

6. Termin podjęcia */ zakończenia * działalności pielęgniarki w podmiocie leczniczym
.....

7. Informacje o dodatkowych kwalifikacjach:

- Zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w
ochronie zdrowia pracujących*
- Dyplom pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia
pracujących

*Zgłoszenia dokonuje kierownik podmiotu leczniczego w ciągu 30 dni od dnia podjęcia lub zakończenia
działalności pielęgniarki w podmiocie leczniczym*

* właściwe podkreślić

.....
*pieczęć i podpis kierownika
podmiotu leczniczego*

W załączeniu:

1. dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji
2. kopia prawa wykonywania zawodu

Uwaga: zgodność kopii z oryginałem dokumentu winna być potwierdzona

