

Pieczęć podmiotu  
zgłaszającego działalność

.....  
( miejscowość, data )

**PODLASKI WOJEWÓDZKI  
OŚRODEK MEDYCyny PRACY  
W BIAŁYMSTOKU**

ul. Wiewiórcza 10  
15-535 Białystok

**Zgłaszam** podjęcie\*/zakończenie\* działalności **pielęgniarki** w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi **w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej / grupowej praktyki pielęgniarskiej**. Podstawa prawna: art. 10 i 17 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U.2022.437)

1. Imię i nazwisko pielęgniarki wykonującej zadania służby medycyny pracy

.....

2. Adres miejsca wykonywania zadań służby medycyny pracy .....

.....

.....

3. Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki .....

4. Termin podjęcia\*/zakończenia\* działalności pielęgniarki .....

5. Informacje o dodatkowych kwalifikacjach uprawniających do wykonywania zadań służby medycyny pracy:

- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących\*
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących\*
- inne kursy specjalistyczne na podstawie odrębnych przepisów do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi .....

6. Telefon kontaktowy, adres e-mail .....

**Zgłoszenia dokonuje pielęgniarka w ciągu 30 dni od dnia podjęcia, bądź zakończenia działalności w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.**

.....  
( podpis pielęgniarki )

**W załączeniu dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem**  
**lub okazanie oryginałów w Dziale Organizacji, Nadzoru i Szkolenia:**

1. Dyplom uzyskania tytułu pielęgniarki.
2. Aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.
3. Zaświadczenia potwierdzające dodatkowe kwalifikacje do wykonywania zadań służby medycyny pracy.
4. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Indywidualnych Specjalistycznych Praktyk Pielęgniarskich z Okręgowej Izby Pielęgniarskiej w Białymstoku.
5. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
6. Zaświadczenia potwierdzające inne kwalifikacje niezbędne do wykonywania zadań służby medycyny pracy.
7. Dokument potwierdzający prowadzenie działalności w podmiocie leczniczym.

\* właściwe podkreślić