

**PODLASKI WOJEWÓDZKI  
OŚRODEK MEDYCyny PRACY  
W BIAŁYMSTOKU**

ul. Wiewiórcza 10  
15-535 Białystok

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

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....
2. Adres miejsca wykonywania zadań służby medycyny pracy .....
3. Oznaczenie podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy wg Księgi Rejestrowej .....
4. Imię i nazwisko pielęgniarki wykonującej zadania służby medycyny pracy .....
5. Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki .....
6. Termin podjęcia\*/zakończenia\* działalności pielęgniarki w podmiocie leczniczym .....
7. 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 .....
8. Telefon kontaktowy, adres e-mail .....

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

.....  
( pieczęć i podpis kierownika podmiotu leczniczego)

**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. Inne kursy specjalistyczne na podstawie odrębnych przepisów do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami.

\* właściwe podkreślić