………………………………………………........................ …………………………………………….

imię i nazwisko pielęgniarki

miejscowość data

……………………………………………………………………..

adres zamieszkania

…………………………………………………….……………… **Do**

pesel

……………………………………………………………………. **Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy**

numer telefonu

……………………………………………………………………. **80-871 Gdańsk** **ul. Okrąg 1 B**

adres e-mail

**Zgłoszenie podjęcia\*/zakończenia\* działalności pielęgniarki wykonującej zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej pracujących w ramach:**

**- zatrudnienia w podmiocie leczniczym\***

**- zatrudnienia w formie praktyki indywidualnej\*/grupowej\***

Podstawa prawna: Art. 10 Ustawy z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1175 ze zm.)

**Zgłaszam podjęcie\*/zakończenie\* działalności pielęgniarki wykonującej zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej pracujących w:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres podmiotu leczniczego/miejsca wykonywania praktyki i adres e-mail

**Nr prawa wykonywania zawodu** ….……………………………………………

**Rodzaj posiadanych kwalifikacji** uprawniających do wykonywania zadań służby medycyny pracy:

* Ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących\*
* Uzyskania tytułu Pielęgniarki Specjalisty w dziedzinie ochrona zdrowia pracujących\*

Data rozpoczęcia\*/zakończenia\* działalności ………………………………………………………

……………………………………………….

Podpis zgłaszającego

W załączeniu potwierdzone za zgodnością z oryginałem ksero:

1. Prawo Wykonywania Zawodu

2. Dokument potwierdzający posiadane kwalifikacje z zakresu medycyny pracy

\*właściwe podkreślić