…….
imię i nazwisko pielęgniarki

……..
adres zamieszkania

……
pesel

…….
numer telefonu

…….
adres e-mail

…….
miejscowość data

Do

Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

80-871 Gdańsk ul. Okrąg 1 B

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 2022 r., poz. 437 tj.)

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