



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STAŻU PRACY

Ja....., niżej * podpisana/podpisany
Imię i nazwisko

legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr.....,
wydanym przez:.....

oświadczam, że mój staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza*, położnej/położnego*
wynosi miesięcy/lat*

Moje obecne miejsce pracy, to:
Miejsce pracy i adres

.....,
w którym* jestem zatrudniona/y na umowę o pracę lub świadczę usługi pielęgniarskie/położnicze na podstawie
innej umowy lub prowadzonej działalności gospodarczej od.....do....., do nadal.

(jeżeli z powyższego zapisu nie wynika 6-cio miesięczny staż pracy w zawodzie, proszę o wypełnienie poniżej)

Poprzednie miejsce pracy, to:
Miejsce pracy i adres

.....,
w którym* byłam/łem zatrudniona/y od.....do.....

* Niewłaściwe skreślić

Proszę o zapoznanie się z poniższymi oświadczeniami i ich potwierdzenie znakiem X w okienkach
(niniejsze „oświadczenie dotyczące stażu pracy” ważne jest tylko po potwierdzeniu poniższych oświadczeń)

☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r.
o ochronie danych osobowych (Dz.U.97.133.833 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia
dyrektywy 95/46/WE tzw. RODO

☐ Świadoma/y odpowiedzialności, potwierdzam zgodność w/w informacji ze stanem faktycznym.

....., dn.

Miejscowość

.....

Podpis