

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

Dyrektor/Dyrektor Oddziału w.....**
Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

Zgłaszam podjęcie*/ zakończenie* **działalności pielęgniarki** w podmiocie leczniczym sprawującym opiekę profilaktyczną nad pracującymi.

Podstawa prawna: art 10 ustawy z dnia 27.06.1997r o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. 2004 Nr 125, poz.1317 z póź. zm.)

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....
.....

2. Adres miejsca wykonywania zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.....

.....
.....

3. Oznaczenie podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy

.....
.....

4. Imię i nazwisko pielęgniarki wykonującej zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.....

.....

5. Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.....

6. Termin podjęcia*/zakończenia* działalności pielęgniarki w podmiocie leczniczym

.....

7. Informacje o dodatkowych kwalifikacjach :

- Zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących*

- Dyplom uzyskania tytułu pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących*

Zgłoszenia dokonuje kierownik podmiotu leczniczego w ciągu **30 dni** od dnia podjęcia lub zakończenia działalności lekarza w podmiocie leczniczym

.....
pieczęć i podpis
kierownika podmiotu leczniczego

* właściwe podkreślić

**Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy- siedziba: ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław

Oddział Jelenia Góra: ul. Groszowa 1, 58-500 Jelenia Góra

Oddział Lubin: ul. Sienkiewicza 4, 59-300 Lubin

Oddział Wałbrzych: ul. B. Chrobrego 36, 58-300 Wałbrzych

F-141