.....

miejscowość, 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. Joannitów 10-12, 50-525 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