



Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Pracownik Medyczny

Centrum e-Zdrowia | Warszawa 26.03.2024 | Wersja v 1.0

Spis treści

1.	Słownik pojęć i skrótów	3
2.	Pierwsze logowanie	4
3.	Strona główna1	D
4.	Budowa systemu1	2
4.1.	Wnioski 1	2
4.2.	Aktywne wnioski1	3
4.3.	Archiwalne wnioski1	4
4.4.	Szczegóły wniosku1	4
4.5.	Wpisy w rejestrze	6
4.6.	Aktualne wpisy1	6
4.7.	Archiwalne wpisy1	7
4.8.	Szczegóły wpisu1	7
4.9.	Kształcenie1	9
4.10). Moje konto 2	0
4.11	. Powiadomienia2	2
5.	Wniosek o wpis do rejestru 2	3
6.	Opłata wniosku	5
7.	Wniosek o aktualizację wpisu	7
8.	Generowanie zaświadczenia o wpisie 4	3
9.	Edytowanie adresu zamieszkania 4	5
10.	Poprawienie wniosku	9
11.	Wyszukai powiadomienie	4
12.	Wylogowanie	6

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

1. Słownik pojęć i skrótów

- Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego zwany dalej Rejestrem,
- CeZ Centrum e-Zdrowia
- UW Urząd Wojewódzki w kontekście Rejestru, Urzędy Wojewódzkie są wskazane przez ustawę jako jedyne podmioty dokonujące wpisów, aktualizacji oraz skreśleń
- eGate platforma wspierająca składanie i weryfikację elektronicznych podpisów kwalifikowanych

2. Pierwsze logowanie

Krok 1. Wpisz w przeglądarkę https://rizm.ezdrowie.gov.pl/

Krok 2. Kliknij w przycisk "Zaloguj się" (dowolny – na środku strony lub w górnym prawym rogu).



Krok 3. Wybierz sposób logowania spośród dostępnych opcji:

- profil zaufany,
- aplikacja mObywatel,
- bankowość elektroniczna,
- e-Dowód lub USE eID.



Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 4. Podaj swój adres e-mail.

*	Syste	emy e-Zdrowia			Jak korzystać z UEOZ	Pytania i odpowiedzi
		Strona główna » Zaktualizuj i	nformacje konta			
		Zaktualizu	j informacje konta	L.		
		Wypełnij fo	ormularz			
		Imię JAN	Nazwisko KOWALSKI	PESEL 05262058473		
		E-mail * Wpisz e-mail				
		Znam Warunki korzy Pola obowiazkowe	/stania z serwisu *			
		Uwaga! Musisz zaktualizowa	ać profil użytkownika aby aktywować swoje kont	0.		×
					Zapisz	

Krok 5. Zaznacz kwadracik potwierdzając znajomość warunków korzystania z serwisu i kliknij w przycisk "Zapisz".

*	Systemy e-Zdrowia		Jak korzystać z UEOZ	Pytania i odpowiedzi
	Strona główna » Zaktualizuj informacje konta			
	Zaktualizuj informacje konta			
	Wypełnij formularz			
	Imię Nazwisko PE JAN KOWALSKI 0	SEL 5262058473		
	E-mail * jan.kowalski@gmail.com Znam Warunki korzystania z serwisu * * Pola obowiązkowe			
	Uwagal Musisz zaktualizować profil użytkownika aby aktywować swoje konto.		>	c
			Zapisz	

Krok 6. Sprawdź skrzynkę e-mail. Jeśli nie otrzymałeś e-maila, kliknij w przycisk "Chcę dostać nowy e-mail".

**	Systemy e-Zdrowia		Jak korzystać z UEOZ	Pytania i odpowiedzi
	Strona główna » Aktywuj konto			
	Aktywuj konto	Uwagal Musisz zweryfikować swój adres e-mail aby aktywować sw	oje konto.	×
	Odbierz e-mail Wysłaliśmy do Ciebie wiadomość. Sprawdź skrzynkę odbiorczą	. Kliknij link aktywacyjny — i korzystaj ze swojego konta	w UEOZ.	
	Nie otrzymałeś e-maila? Upewnij się, że nie ma go w folderze ze spamem. Jeśli nie otrzymałeś od nas wiadomości, możemy wysłać ją por Chcę dostać nowy e-mail Jeżeli nadal nie masz od nas wiadomości, skontaktuj się z dzie	nownie. łem obsługi.		

Krok 7. Kliknij w link podany w wiadomości e-mail.

Ktoś utworzył konto w UEOZ z tym adresem e-mail. Jeśli to Ty, kliknij >>ten link<< aby zweryfikować swój adres e-mail

Link ten wygaśnie w ciągu 30 minut

Jeśli nie utworzyłeś tego konta, po prostu zignoruj tę wiadomość.

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 8. W osobnej karcie otworzy się Rejestr wyświetlający stronę Moje konto w trybie do edycji.

Rejestry e-Zdrowi	ia		Złóż wniosek o wpis	do rejestru 🛛 JAN KOWALSKI 🗸
Centralny Rejes <mark>tr</mark> Osób do Wykonywania Zawod	Uprawnionych Iu Medycznego		2000	30
Strona główna				
Moje konto				
lmię i nazwisko JAN KOWALSKI	Email testywydajrizm+7777@gmail.com	Pesel 05262058473		
Uzupełnij dane Bez nich nie będzie możliwe złoże	nie wniosku o wpis.		×	
Obywatelstwo				
Kraj obywatelstwa*	Nazwa dokumentu ①*	Numer dokumentu 🛈 *		
Wybierz 🗸	Wpisz	Wpisz		
Dodaj kolejne obywatelstwo				
Adres Nie mam miejsca zamieszkania województwo* Wybierz Miejscowość* ① Wybierz ulica ① Wpisz 3 znaki	a w Polsce. Powiat ① - Kod pocztowy* ① Wpisz Nr budynku* ① Wpisz	Gmina ① _ Nr lokalu ① Wpisz		
Oświadczenie o odpowiedzialn	tości karnej* sści karnej za złożenie fałszywego oświado	zzenia.		
		Anuluj	Zapisz	
Rejestry e-Zdrow	ia			
Ministerstwo Zdrowia 🖸	Deklaracja dostępności	Masz pytania związane z działan Przeczytaj, jak korzystać z syster	iem? <u>mu</u> lub	
Centrum e-Zdrowia 🗠	Polityka prywatności	Skontaktuj się z na	mi	

Krok 9. Wprowadź swoje dane – bez tego nie możesz złożyć wniosku o wpis do rejestru.

Wybierz kraj obywatelstwa. Jeśli masz obywatelstwo inne niż polskie, podaj nazwę dokumentu oraz numer dokumentu.

Jeśli posiadasz, dodaj drugie obywatelstwo.

Obywatelstwo		
Kraj obywatelstwa *	Nazwa dokumentu () *	Numer dokumentu () *
Dodaj kolejne obywatelstwo		

Podaj adres zamieszkania.

ejsce zamieszekania			
Adres			
Nie mam miejsca zamies:	zkania w Polsce.		
Województwo *		Powiat 🛈	Gmina 🛈
Wybierz	~	_	_
Miejscowość * 🛈		Kod pocztowy * 🛈	
Wybierz	~	Wpisz	
Ulica 🛈		Nr budynku * 🛈	Nr lokalu 🛈
Wpisz 3 znaki	~	Wpisz	Wpisz

Jeśli mieszkasz za granicą, kliknij w suwak "Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce".

ejsce zamieszekania		
Adres		
Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.		
Województwo *	Powiat 🛈	Gmina 🛈
Wybierz 🗸	· –	_
Miejscowość * 🛈	Kod pocztowy* 🛈	
Wybierz 🗸	Wpisz	
Ulica 🛈	Nr budynku * 🛈	Nr lokalu 🛈
Wpisz 3 znaki 🗸	• Wpisz	Wpisz

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

W zmienionym formularzu podaj zagraniczny adres zamieszkania.

Adre	es					
	🔵 Nie mam mi	ejsca zamieszkar	ia w Polsce.			
Pańs	stwo, miejsca zar	nieszkania *				
				~		
Adre	es miejsca zamie	szkania *				
144	Inicz					

Kliknij w kwadracik potwierdzając oświadczenie o odpowiedzialności karnej.

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*	
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.	

Krok 10. Kliknij w przycisk "Zapisz".

JAN NOWALSKI	Email testywyda	ajrizm+7777@gmail.com	Pesel 05262058473	
 Uzupełnij dane Bez nich nie będzie możliwe złoż 	żenie wniosku	o wpis.		\$
ywatelstwo				
Kraj obywatelstwa * Polska Dodaj kolejne obywatelstwo]			
Adres				
Nie mam miejsca zamieszka	inia w Polsce.	Dourist * (1)	(mine * ()	
Nie mam miejsca zamieszka Województwo * MAZOWIECKIE	× ×	Powiat * ① Warszawa	Gmina * ① Warszawa	
Nie mam miejsca zamieszka Województwo* MAZOWIECKIE Miejscowość*	× ×	Powiat * ① Warszawa Kod pocztowy * ① 12-345	Gmina* () Warszawa	
Vie mam miejsca zamieszka Województwo* MAZOWIECKIE Miejscowość* Warszawa Ulica	X V	Powiat * () Warszawa Kod pocztowy * () 12-345 Nr budynku * ()	Gmina * ① Warszawa Nr lokalu ①	
Nie mam miejsca zamieszka Województwo* MA2OWIECKIE Miejscowość* Warszawa Ulica al. Aleje Jerozolimskie	X V	Powiat * ① Warszawa Kod pocztowy* ① 12-345 Nr budynku * ① 123	Gmina* ① Warszawa Nr lokalu ① 1	

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

3. Strona główna

Strona główna Rejestru prezentuje sekcje w postaci kafelków:

- Wnioski,
- Wpisy w rejestrze,
- Kształcenie,
- Moje konto.

Na stronie głównej widoczne są nagłówki pięciu najnowszych, nieodczytanych powiadomień.



Sekcje dostępne są też z poziomu bocznego menu.

*	Rejestry	e-Zdrowia	a			Złóż wniosek o wpis do rejestru	FLORENTYNA ZAWADZKA 🗸
	Centraln do Wyko	y Rejestr nywania	Osób Uprawnio Zawodu Medycz	nych nego			324
		Zwiń <					
Wnio	oski						
Wpis	y w rejestrze						
Powi	adomienia	91			Wszystkich	n pozycji 8 1 Pokaż na st	ronie 10 🗸
Kszta	ałcenie		sku	Zawód medyczny	Data złożenia	Właściwy urząd	
			o wpis do rejestru	Technik farmaceutyczny	19-03-2024	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	
							Zobacz
			sku	Zawód medyczny	Data złożenia	Właściwy urzad	

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

4. Budowa systemu

4.1. Wnioski

Strona Wnioski zawiera dwie sekcje – Aktywne wnioski i Archiwalne wnioski.

Aby przejść do zakładki Wnioski kliknij w przycisk na kafelku **"Przejdź do wniosków"** lub kliknij w zakładkę **"Wnioski"** w menu bocznym.



Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Liczba w górnym prawym rogu kafelka informuje o ilości aktywnych wniosków.



4.2. Aktywne wnioski

W sekcji Aktywne wnioski znajdziesz wnioski o statusach:

- Do weryfikacji wniosek podpisany i opłacony, weryfikowany przez Urząd Wojewódzki,
- Oczekuje na płatność wniosek podpisany i nieopłacony lub oczekujący na zatwierdzenie płatności,
- Do poprawy wniosek zwrócony w celu poprawy lub uzupełnienia przez Urząd Wojewódzki, jeśli ten w toku weryfikacji stwierdzi błędy lub braki we wniosku.

Wnioski	Strona główna
Wpisy w rejestrze	Wnioski
Powiadomienia 96	Aktywne wnioski
Kształcenie	Sortuj 🗸 Wszystkich pozycji 5 1 Pokaż na stronie 10 🗸
	Numer wniosku Typ wniosku Zawód medyczny Data złożenia Właściwy urząd Status 0000000126 Wniosek o wpis do rejestru Optometrysta 18-03-2024 Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie Oczekuje na ptatność • Pozostało 20 dni Zobacz
	Numer wniosku Typ wniosku Zawód medyczny Data złożenia Właściwy urząd Status 0000000085 Wniosek o wpis do rejestru Higienistka 18-03-2024 Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie W weryfikacji O stomatologiczna Zobacz
	Numer wniosku Typ wniosku Zawód medyczny Data złożenia Właściwy urząd Status 0000000099 Wniosek o wpis do rejestru Podiatra 12-03-2024 Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie Do poprawy O Pozostało 14 dni Popraw Zobacz

Tu możesz:

- Pobrać dane do opłaty wniosku,
- Dołączyć potwierdzenie opłaty wniosku,
- Poprawić wniosek zwrócony przez UW.

4.3. Archiwalne wnioski

W sekcji Archiwalne wnioski znajdziesz wnioski o statusach:

- Zatwierdzony wniosek zaakceptowany przez UW,
- Odrzucony wniosek odrzucony przez UW,
- Bez rozpoznania wniosek, który nie został poprawiony w wyznaczonym terminie,
- Przekroczono termin płatności wniosek, który nie został opłacony w wyznaczonym terminie.

Ar	chiwalne wnioski						
Sor	tuj:				Wszystkich pozycji 59 <	$\frac{1}{2} \begin{array}{c} 3 \\ - \end{array} \begin{array}{c} 4 \\ - \end{array} \begin{array}{c} 5 \\ - \end{array} \begin{array}{c} 6 \\ - \end{array} \end{array}$	Pokaż na stronie 10 🗸
	Numer wniosku 0000000492	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Optometrysta	Data złożenia 25-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Zatwierdzony ●	Zobacz
	Numer wniosku 0000000486	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data złożenia 25-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Przekroczono termin płatności O	Zobacz
	Numer wniosku 0000000485	Typ wniosku Wniosek o aktualizację wpisu	Zawód medyczny Asystentka stomatologiczna	Data złożenia 25-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Zatwierdzony ●	Zobacz
	Numer wniosku 0000000449	Typ wniosku Wniosek o aktualizację wpisu	Zawód medyczny Technik dentystyczny	Data złożenia 06-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Zatwierdzony ●	Zobacz
	Numer wniosku 0000000448	Typ wniosku Wniosek o aktualizację wpisu	Zawód medyczny Higienistka stomatologiczna	Data złożenia 06-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Bez rozpoznania 😐	Zobacz
	Numer wniosku 0000000447	Typ wniosku Wniosek o aktualizację wpisu	Zawód medyczny Technik farmaceutyczny	Data złożenia 06-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Odrzucony	Zobacz

Tu możesz zapoznać się z decyzją Urzędu Wojewódzkiego o odrzuceniu wniosku.

4.4. Szczegóły wniosku

Kliknij w przycisk "Zobacz", aby przejść do szczegółów wniosku, niezależnie od statusu.

Numer wniosku 0000000142	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data złożenia 19-03-2024	Właściwy urząd Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Status Zatwierdzony •	Zobacz
-----------------------------	---	------------------------------------	-----------------------------	--	--------------------------	--------

14 7 56

Szczegóły wniosku:

Nniosek o wpis do Cer	ntralnego Rejestru Os	ób Uprawnionych do	o Wykonywania Zawod	u Medycznego	
Zawód medyczny Protetyk słuchu Numer wniosku	Typ wniosku	Status	Urząd właściwy do rozpatrzenia	Data wniosku	
000000171	Wniosek o wpis do rejestru	W weryfikacji 💿	wniosku Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	22-03-2024	
Twoje dane					
Imię	Nazwisko	PESEL			
FLORENTYNA	ZAWADZKA	37041363834			
Kraj obywatelstwa Albania	Nazwa dokumentu y545	Numer dokumentu 45256			
Numer telefonu 547852365	E-mail testywydajrizm+0987@gmail.com				
Adres					
Województwo	Powiat	Gmina			
MAZOWIECKIE	Warszawa	Warszawa			
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-314				
Illica	Nr hudunka	Nr lokalu			
ul. Dworkowa	1	23			
Czy tytuł zawodowy dla	zgłaszanego zawodu zos	tał uzyskany w Polsce c	zy za granicą?		
W FUSIE					
Dane dokumentu					
Poziom wykształcenia Wykształcenie zasadnicze zawodo	we / Wykształcenie zasadnicze brani	owe			
Numer dokumentu FBDR54342					Data wydania dokumentu 2023-06-05
Data rozpoczęcia kształcenia/studiów 2020-10-01	w.				
Załączone dokumenty					
1. C Dokument (PDF, 0,10M	в)		Pobierz		
Nazwa placówki (szkoły), która wydał Policealna Szkoła Medyczna	la dokument				
Adres					
Województwo	Powiat	Gmina			
MAZOWIECKIE	Warszawa	Warszawa			
Miejscowość	Kod pocztowy				
Warszawa	14-725				
ulica ul. Dobra	Nr budynku 15	Nr lokalu —			
Oświadczenie o znajomości j	ięzyka polskiego				
 Oświadczam, że władam językie niektórych zawodach medyczny 	em polskim w mowie i piśmie w zakresie ych)	niezbędnym do wykonywania zawod	lu protetyk słuchu, o którym mowa w art.	1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ust	tawa z dnia 17 sierpnia 2023 o
Miejsce wykonywania z	awodu				
Brak miejsca zatrudnienia	awodu				
Oświadczenie o odpow	iedzialności karnej				
✓ Jestem świadomy odpowiedzialr	ności karnej za złożenie fałszywego oświ	adczenia.			

4.5. Wpisy w rejestrze

Strona Wpisy w rejestrze zawiera dwie sekcje – Aktywne wpisy i Archiwalne wpisy.

Aby przejść do zakładki Wpisy w rejestrze kliknij w przycisk na kafelku **"Przejdź do wniosków"** lub w menu bocznym w zakładkę **"Wpisy w rejestrze"**.



Liczba w górnym prawym rogu kafelka informuje o ilości wpisów w Rejestrze.



4.6. Aktualne wpisy

W sekcji Aktualne wpisy znajdziesz wpisy o statusach:

- Aktywny
- Zaprzestano wykonywania zawodu
- Zawieszony

Tu możesz:

- Pobrać zaświadczenie o wpisie do rejestru
- Wnioskować o zmianę danych wpisu

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

- Wnioskować o zaprzestanie wykonywania zawodu
- Wnioskować o wznowienie wykonywania zawodu

Wpisy w rejestrze

Ak	tualne				
	Indywidualny identyfikator wpisu 2500000166	Numer wpisu 166	Zawód medyczny Technik sterylizacji medycznej	Data wpisu do rejestru 07-06-2023	Status Aktywny 🔹
	Organ właściwy Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie			Pobierz zaświadczenie	Wnioskuj o zmianę Zobacz
	Indywidualny identyfikator wpisu 200000153	Numer wpisu 153	Zawód medyczny Profilaktyk	Data wpisu do rejestru 06-06-2023	Status Aktywny •
	Organ właściwy Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie		Data ostatniej aktualizacji 06-06-2023	Pobierz zaświadczenie	Wnioskuj o zmianę Zobacz
	Indywidualny identyfikator wpisu 1400000151	Numer wpisu 151	Zawód medyczny Logopeda	Data wpisu do rejestru 01-06-2023	Status Zaprzestano wykonywania zawodu 🛛 😐
	Organ właściwy Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie		Data ostatniej aktualizacji 01-06-2023		Wnioskuj o zmianę Zobacz

4.7. Archiwalne wpisy

W sekcji Archiwalne wpisy znajdziesz wpisy o statusach:

- Archiwalny
- Wykreślony

Archiwalne

	-2023			Zobacz
r wpisu Zawód i Technil Data os	medyczny D ik ortopeda 1 statniej aktualizacij	Data wpisu do rejestru 1 1-05-2023	Status Wykreślony •	
r	wpisu Zawód Techn Data o 23-05	wpisu Zawód medyczny I Technik ortopeda 1 Data ostatniej aktualizacji 23-05-2023	wpisu Zawód medyczny Data wpisu do rejestru Technik ortopeda 11-05-2023 Data ostatniej aktualizacji 23-05-2023	wpisu Zawód medyczny Data wpisu do rejestru Status Technik ortopeda 11-05-2023 Wykreślony ● Data ostatniej aktualizacji 23-05-2023

4.8. Szczegóły wpisu

Kliknij w przycisk "Zobacz", aby przejść do szczegółów wpisu, niezależnie od statusu.

Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043	Numer wpisu	Zawód medyczny Ortoptystka	Data wpisu do rejestru 18-03-2024	Status Aktywny	
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warsza	wie	Data ostatniej aktualizacji 18-03-2024	Pobierz zaświadczen	ie Wnioskuj o zmianę	Zobacz

Szczegóły wpisu:

Wpis w rejestrze	nr 44				Pobierz zaświadczenie	Wnioskuj o zmianę
Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044 Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w W	Numer wpisu 44 Yarszawie	Zawód medyczny Technik ortopeda Data ostatniej aktualizacji 22.03.2024	Data wpisu do rejestru 19.03.2024	Status Aktywny		
Twoie dane						
Imię	Nazwisko	PESEL				
FLORENTYNA Kraj obywatelstwa	ZAWADZKA	37041363834				
Polska						
Numer telefonu 541258965	E-mail testywydajrizm+0987@gmail.com					
Adres						
Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa				
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy					
Ulica	Nr budynku	Nrlokalu				
ul. Dworkowa	1	23				
Czy tytuł zawodowy dla zgłas	zanego zawodu został uzyska	ıy w Polsce czy za granicą?				
W Polsce						
Dane dokumentu						
Poziom wykształcenia Wykształcenie wyższe						
Tytuł zawodowy Licencjat/Inżynier	Numer dokumentu 321321					
Data wydania dokumentu 2023-06-05	Data rozpoczęcia kształcenia/studió 2020-10-01	v				
Załączone dokumenty						
1. Ø Dokument (PDF, 0,10ME	3)		Pobierz			
Nazwa placówki (szkoły), która wydała Szkoła policealna Collegium	a dokument					
Adres						
Województwo MAŁOPOLSKIE	Powiat Nowy Sącz	Gmina Nowy Sącz				
Miejscowość Nowy Sącz	Kod pocztowy 32-132					
Ulica ul. Szkolna	Nr budynku 1	Nr lokalu —				
Oświadczenie o znajomości ję	ęzyka polskiego					
 Oświadczam, że władam językie niektórych zawodach medyczny 	m polskim w mowie i piśmie w zakresi ch)	e niezbędnym do wykonywania zawodu	u technik ortopeda, o którym mowa w art.	1 ust.1 pkt 1,	z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dni	a 17 sierpnia 2023 o
Miejsce wykonywania zawodu	1					
✓ Brak miejsca zatrudnienia						

4.9. Kształcenie

Strona Kształcenie prezentuje zbiór okresów edukacyjnych dla wszystkich zawodów, w jakich wpis posiada aktualnie Pracownik Medyczny.

Aby przejść do strony Kształcenie kliknij w przycisk na kafelku **"Przejdź do historii kształcenia"** na stronie głównej lub w zakładkę **"Kształcenie"** w menu bocznym.



Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Kliknij w przycisk ze strzałką w dół, aby zobaczyć wszystkie okresy edukacyjne.

%	Rejestry e-Zdrowia	a			Złóż wniosek o wpis do rejestr	u FLORENTYNA ZAWADZKA 🗸
	Centralny Rejestr Osób U do Wykonywania Zawodu	prawnionych Medycznego		0 3	100	
Wnioski	Strona główna					
Wpisy w rejestrze	Kształcenie					
Powiadomienia (119)	Tu znajdziesz informację o historii ustaw	ricznego rozwoju zawodowego,	w tym o stanie rozliczeń każdego z ok	cresów kształcenia w wybranym za	awodzie.	
Kształcenie						Wszystkich pozycji: 3
	Indywidualny identyfikator wpisu 240000002	Numer wpisu 2	Żawód medyczny Terapeuta zajęciowy	Data wpisu do rejestru 26.02.2024	Status wpisu P Wykreślony	rzejdž do wpisu 🗸 🗸
	Okres edukacyjny 2034 - 2038	Status okresu kształcenia Aktywny				
	Indywidualny identyfikator wpisu 130000041	Numer wpisu 41	Zawód medyczny Instruktor terapii uzależnień	Data wpisu do rejestru 13.03.2023	Status wpisu P	rzejdž do wpisu
	Okres edukacyjny 2024 - 2028	Status okresu kształcenia Aktywny 🔹				

4.10. Moje konto

Strona Moje konto zawiera dane osobowe oraz adres zamieszkania zalogowanego użytkownika.

Aby przejść do strony Moje konto kliknij w przycisk na kafelku "Przejdź na Moje konto".



Sekcja "Moje konto" jest dostępna również w górnym prawym rogu.

Kliknij w Imię i Nazwisko w górnym prawym rogu.



Kliknij w przycisk Moje konto.

		Złoz V	vniosek o wpis do rejestru	FLORENTYNA ZAWADZKA
	Aktua <u>lny kontek</u>	st główny		
	Pracownik m	edyczny		~
	Moje kor	nto		
	Wylogi	ıj		
oje konto				
Imię i nazwisko FLORENTYNA ZAWADZKA	Email testywydajrizm+0987	'@gmail.com	Pesel 37041363834	
oywatelstwo				
Kraj obywatelstwa Polska				
ejsce zamieszekania				
Adres				
Nie mam miejsca zamieszkar	nia w Polsce.			
Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa		
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-314			
Ulica ul. Dworkowa	Nr budynku 1	Nr lokalu 23		
				Alauritaut

4.11. Powiadomienia

Strona Powiadomienia zawiera wszystkie powiadomienia jakie otrzymał dotychczas zalogowany użytkownik.

Aby przejść do zakładki Powiadomienia kliknij w "Przejdź do powiadomień" na stronie głównej.



Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

5. Wniosek o wpis do rejestru

Krok 1. Zaloguj się do Rejestru.

Krok 2. Kliknij w przycisk "Wnioskuj o wpis do rejestru" lub "Złóż wniosek o wpis do rejestru".



Widzisz okno z pytaniem "Czy chcesz kontynuować poprzednio rozpoczęty wniosek o wpis?".

- Kliknij w przycisk "Rozpocznij nowy", aby złożyć nowy wniosek.
- Kliknij w przycisk "Kontynuuj", aby wrócić do poprzedniego, niepodpisanego wniosku.

×

23 Z 56

Składanie wniosku o wpis

Czy chcesz kontynuować poprzednio rozpoczęty wniosek o wpis?

Anuluj	Rozpocznij nowy	Kontynuuj

Krok 3. Wybierz zawód medyczny z rozwijanej listy.

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 4. Wpisz numer telefonu.

Twoje dane			
Imię	Nazwisko	PESEL	
FLORENTYNA	ZAWADZKA	37041363834	
Kraj obywatelstwa			
Polska			
Numer telefonu *		E-mail	
Wpisz		testywydajrizm+0987@gmail.com	

Krok 5. Kliknij w przycisk "Następny krok".

Numer telefonu * 523698547	E-mail testywydajrizm+098	E-mail testywydajrizm+0987@gmail.com			
Miejsce zamieszkania					
Weiewédatwa	Dowint	Cruina			
MAZOWIECKIE	Warszawa	Warszawa			
Miejscowość	Kod pocztowy				
Warszawa	12-314				
Ulica	Nr budynku	Nr lokalu			
ul. Dworkowa	1	23			
		Anuluj Zapisz i przerwij Następny krok >			

Krok 6. Zaznacz, gdzie został uzyskany tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu. Kliknij w kółko przy odpowiedniej opcji.



Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 7. Wpisz informacje o wykształceniu

Tytuł zawodowy uzyskany w Polsce

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

🔘 W Polsce	
------------	--

🔵 Za granicą

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia *							
Wybierz			~				
Fytuł zawodowy		Numer dokumentu*					
Wybierz	~	Wpisz					
Data wydania dokumentu*		Data rozpoczęcia kszta	łcenia/studiów*				
Wybierz datę		Wybierz datę	i				
Załączone dokumenty							
ałącz skan lub zdjęcie dokumentu *							
			Ø				
		Przeciągnij	tutaj lub wybierz				
		(iorinaepai,.jp	s, spes, sping tub ships				
UWAGA: Do wniosku można dołaczyć	załaczniki o ład	cznym maksymalnym roz	miarze 10Mb. Aby podpisać v	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedvnczy plik nie	może
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba	załączniki o łąc a załączników r	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5.	vniosek Pro	filem Zaufany	ym pojedynczy plik nie	może
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba	załączniki o łą a załączników r	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik	vniosek Pro	filem Zaufany	ym pojedynczy plik nie	może
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba	załączniki o łą a załączników r	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	może
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczb:	załączniki o łą a załączników r	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	może
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba wież wiekszy niż 5Mb, natomiast liczba	załączniki o łą a załączników r dokument *	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	może
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba słazwa placówki (szkoły), która wydała Wpisz	załączniki o łąc a załączników r dokument *	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	može
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba Nazwa placówki (szkoły), która wydała Wpisz Nojewództwo *	załączniki o łąc a załączników r dokument *	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy Wy	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik Gmina ①	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	może
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba Nazwa placówki (szkoły), która wydała Wpisz Nojewództwo * Wybierz	załączniki o łąd a załączników r dokument *	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy Powiat ① —	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik Gmina ① -	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	može
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba Nazwa placówki (szkoły), która wydała Wpisz Województwo* Wybierz Miejscowość* ①	załączniki o łąc a załączników r dokument*	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy Powiat ① — Kod pocztowy * ③	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik Gmina ① -	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	može
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba Nazwa placówki (szkoły), która wydała Wpisz Województwo * Wybierz Miejscowość * ① Wybierz	załączniki o łąd a załączników r dokument *	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy Powiat Powiat C Kod pocztowy * Wpisz	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik Gmina ① —	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	może
UWAGA: Do wniosku można dołączyć być większy niż 5Mb, natomiast liczba Nazwa placówki (szkoły), która wydała Wpisz Nojewództwo * Wybierz Wiejscowość * ① Wybierz	załączniki o łąc a załączników r dokument *	cznym maksymalnym roz nie może być większa niż Wy Powiat ① – Kod pocztowy* ① Wpisz Nr budynku * ①	miarze 10Mb. Aby podpisać v 5. bierz plik Gmina ① – Nr lokalu ①	vniosek Pro	filem Zaufany	/m pojedynczy plik nie	može

Wybierz poziom wykształcenia.

Wybierz tytuł zawodowy, jeśli wybrany poziom wykształcenia to "Wykształcenie wyższe".

Wpisz numer dokumentu.

Wybierz datę wydania dokumentu.

Wybierz datę rozpoczęcia kształcenia/ studiów.

Dołącz skan lub zdjęcie dokumentu.

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Uwaga! Łączny rozmiar załączników nie może przekraczać 10 MB. Jeśli chcesz podpisać wniosek Profilem Zaufanym to pojedynczy plik nie może być większy niż 5 MB i liczba załączników nie może być większa niż 5.

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia *	
Wybierz	✓
Tytuł zawodowy	Numer dokumentu *
Wybierz 🗸	Wpisz
Data wydania dokumentu *	Data rozpoczęcia kształcenia/studiów*
Wybierz datę 🛅	Wybierz datę 🛅
Załącz skan lub zdjęcie dokumentu *	0
	Przeciągnij tutaj lub wybierz (format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)
UWAGA: DO WNIOSKU MOŻNA dotączyć załączniki o ła być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników	ącznym maksymainym rozmiarze 10MD. Aby podpisac wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może nie może być większa niż 5.
	Wybierz plik

Wpisz nazwę placówki, która wydała dokument.

Wpisz adres placówki, która wydała dokument

- Wybierz województwo z rozwijanej listy
- Wpisz nazwę miejscowości
- Wpisz kod pocztowy
- Wpisz nazwę ulicy
- Wpisz numer budynku
- Wpisz numer lokalu
- Ważne! Jeśli adres nie ma nazwy ulicy lub numeru lokalu, zostaw te pola puste.

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument*		
Wpisz		
Województwo *	Powiat ①	Gmina 🕚
Wybierz	· -	-
Miejscowość* 🕕	Kod pocztowy* 🛈	
Wybierz	• Wpisz	
Ulica 🛈	Nr budynku * 🛈	Nr lokalu 🕕
Wpisz 3 znaki	Wpisz	Wpisz

Złóż oświadczenie o znajomości języka polskiego klikając w kwadracik.

Oświadczenie o znajomości języka polskiego *

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu Higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Kliknij w przycisk "Następny krok".

Oświadczenie o znajomości	języka polskiego *
Oświadczam, że władam językiem pols	kim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu Higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z
zastrzezeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17	sierpnia 2023 o niektorych zawodach medycznych)
	Anului Zapisz i przerwii 🤇 Poprzedni krok Nastepny kro

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Tytuł zawodowy uzyskany za granicą

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

- W Polsce
- Za granicą

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia *	
Wybierz	~
Tytuł zawodowy	Numer dokumentu*
Wybierz 🗸	Wpisz
Data wydania dokumentu *	Data rozpoczęcia kształcenia/studiów*
Wybierz datę	Wybierz datę
Załącz skan lub zdjęcie dokumentu *	Ø
	Przeciągnij tutaj lub wybierz
	(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)
UWAGA: Do wniosku można dołączyć załączniki o ł być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników	cznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. Aby podpisać wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może nie może być większa niż 5.
	Wybierz plik

Decyzja Ministra Zdrowia

Załącz skan decyzji Ministra Zdrowia zezwalającej na wykonywanie zawod	du na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej *

Ø	
Przeciągnij tutaj lub wybierz	
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)	
UWAGA: Do wniosku można dołączyć załączniki o łącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. Aby podpisać wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników nie może być większa niż 5.	
Wybierz plik	
Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument *	
Wpisz	
Państwo, w którym wydany został dokument*	
Wybierz 🗸	
Adres placówki *	
Wpisz	

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Wybierz poziom wykształcenia.

Wybierz tytuł zawodowy, jeśli wybrany poziom wykształcenia to "Wykształcenie wyższe".

Wpisz numer dokumentu.

Wybierz datę wydania dokumentu.

Wybierz datę rozpoczęcia kształcenia/studiów.

Dołącz skan lub zdjęcie dokumentu.

Dołącz skan decyzji Ministra Zdrowia.

Uwaga! Łączny rozmiar załączników nie może przekraczać 10 MB. Jeśli chcesz podpisać wniosek Profilem Zaufanym to pojedynczy plik nie może być większy niż 5 MB i liczba załączników nie może być większa niż 5.

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia *				
Wybierz			~	
Tytuł zawodowy		Numer dokumentu*		
Wybierz	~	Wpisz		
Data wydania dokumentu *		Data rozpoczęcia kształcenia/studió	w *	
Wybierz datę	Ē	Wybierz datę	Ē	
Załączone dokumenty Załącz skan lub zdjęcie dokumentu	*			
		<i>Q</i> ,		
		Przeciagnii tutai lub wyb	ierz	
		(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lu	ub .bmp)	
UWAGA: Do wniosku można dołąc być większy niż 5Mb, natomiast li	zyć załączniki o ła czba załączników	ącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. nie może być większa niż 5.	Aby podpisać wniosek Pr	ofilem Zaufanym pojedynczy plik nie może
		Wybierz plik		
Decyzja Ministra Zdrov	via			
Załącz skan decyzji Ministra Zdrowi	a zezwalającej na	wykonywanie zawodu na terytorium Rz	eczpospolitej Polskiej *	
		Ø		
		Przeciągnij tutaj lub wyb	ierz	
		(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lu	ub .bmp)	
UWAGA: Do wniosku można dołąc być większy niż 5Mb, natomiast li	zyć załączniki o ła czba załączników	ącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. nie może być większa niż 5.	Aby podpisać wniosek Pr	ofilem Zaufanym pojedynczy plik nie może

Wybierz plik

Wpisz nazwę placówki, która wydała dokument.

Wybierz z rozwijanej listy państwo, w którym został wydany dokument.

Wpisz adres placówki, która wydała dokument.

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument *	
Wpisz	
Państwo, w którym wydany został dokument*	
Wybierz	~
Adres placówki*	
Wpisz	

Złóż oświadczenie o znajomości języka polskiego klikając w kwadracik.

Oświadczenie o znajomości języka polskiego *

Swiadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu Higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Kliknij w przycisk "Następny krok".

Adres placówki*

Campusvej 55, 5230 Odense, Dania

Oświadczenie o znajomości języka polskiego *

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu Higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Anuluj	Zapisz i przerwij	< Poprzedni krok	Następny krok 🗦

Krok 8. Podaj informacje o miejscu wykonywania zawodu wybierając jedną z trzech opcji:

- Zaznacz "Brak miejsca zatrudnienia",
- Wpisz numer REGON placówki i pobierz dane z rejestru REGON,
- Wpisz dane samodzielnie.

Opcja 1.

Uzupełnij wszystkich 5 kroków	formularza udzielaia	ac nam jak najbardziej precyzy	vinych informacii				
1 Dane osobowe	2 Wykształcenie	3 Miejsce wykonywania zawodu	4 Podsumowanie i podpis	5 Płatność			
Miejsce wykonywania	Miejsce wykonywania zawodu						
Podaj miejsce wykonywania zawoo	Podaj miejsce wykonywania zawodu. Jeśli wykonujesz zawód w kilku miejscach — podaj adres głównej siedziby.						
Brak miejsca zatrudnienia							

Opcja 2.

Wpisz numer REGON placówki, w której wykonujesz zawód.

Kliknij w przełącznik "Brak miejsca zatrudnienia".

Kliknij w przycisk "Pobierz dane z rejestru REGON", a Rejestr pobierze dane placówki.

REGON			
Wyszukaj po numerze REGO	N	Pobierz dane z re	jestru REGON
Nazwa placówki *			
Wpisz			
REGON*	NIP*		Numer księgi RPWDL 🛈
Wpisz	Wpisz		Wpisz
Województwo *		Powiat 🛈	Gmina 🛈
Wybierz	~	_	_
Miejscowość * 🛈		Kod pocztowy* 🛈	
Wybierz	~	Wpisz]
Ulica 🛈		Nr budynku * 🛈	Nr lokalu 🛈
Wpisz 3 znaki	~	Wpisz	Wpisz

Opcja 3.

Wpisz adres miejsca wykonywania zawodu

- Wpisz nazwę placówki,
- Wpisz REGON,
- Wpisz NIP,
- Wpisz Numer Księgi RPWDL, jeśli placówka taki posiada,
- Wpisz Identyfikator apteki, jeśli placówka taki posiada,
- Wybierz województwo z rozwijanej listy,
- Wpisz nazwę miejscowości,

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

- Wpisz kod pocztowy,
- Wpisz nazwę ulicy, jeśli występuje,
- Wpisz numer budynku,
- Wpisz numer lokalu, jeśli występuje.

REGON			
Wyszukaj po numerze REGON		Pobierz dane z re	ejestru REGON
Nazwa placówki *			
Wpisz			
REGON*	NIP*		Numer księgi RPWD
Wpisz	Wpisz		Wpisz
Województwo *		Powiat 🛈	Gmina 🛈
Wybierz	~	-	-
Miejscowość * 🕔		Kod pocztowy* 🛈	
Wybierz	~	Wpisz]
Ulica 🛈		Nr budynku * 🛈	Nr lokalu 🛈
Wpisz 3 znaki	~	Wpisz	Wpisz

Krok 9. Kliknij w przycisk "Dodaj kolejne miejsce wykonywania zawodu", jeśli chcesz dodać kolejny adres miejsca wykonywania zawodu.

Adres placówki

000311639		Pobierz dane z re	ejestru REGON
Nazwa placówki*			
SAMODZIELNY PUBLICZNY SP	PECJALISTYCZNY SZ	PITAL ZACHODNI IM.ŚW.JA	ANA PAWŁA II
REGON*	NIP*		Numer księgi RPWDL 🕃
000311639	529100	4702	Wpisz
Województwo*		Powiat* 🛈	Gmina * 🛈
MAZOWIECKIE	× ×	grodziski	Grodzisk Mazowiecki
Miejscowość * 🛈		Kod pocztowy * 🛈	
Grodzisk Mazowiecki	× ×	05-825]
Ulica 🛈		Nr budynku * 🛈	Nr lokalu 🛈
ul Daleka	× ×	11	Whicz

Krok 10. Kliknij w przycisk "Następny krok".

REGON	NIP-		Numer księgi RPWDL ()
000311639	529100	4702	Wpisz
Województwo *		Powiat* ①	Gmina * 🛈
MAZOWIECKIE	× ×	grodziski	Grodzisk Mazowiecki
Miejscowość * 🛈		Kod pocztowy* 🛈	
Grodzisk Mazowiecki	× ~	05-825	
Ulica 🛈		Nr budynku * 🛈	Nr lokalu 🛈
ul. Daleka	× ~	11	Wpisz
Dodaj kolejne miejsce wyko	nywania zawodu	Wyczyść dane	•

1

Krok 11. Zweryfikuj dane w podsumowaniu wniosku.

1 Dane osobowe					
Dane osobowe	(2)	3	0	5
	Wyksz	tałcenie	Miejsce wykonywania zawodu	Podsumowanie i podpis	Platność
awód, o któreg	o wpisanie wn	ioskuiesz			
wód medvczny	o upisane un	ioskujest.			
igienistka stomatologic	zna				
woje dane					
mię	Nazwisko	PESEL			
LORENTYNA	ZAWADZKA	3704136	3834		
raj obywatelstwa olska					
lumer telefonu	E-mail				
08230010	testywydajrizm+09	er@gmail.com			
dres					
/ojewództwo MAZOWIECKIE	Powia: Warsz	awa	Gmina Warszawa		
liejscowość	Kod p	ocztowy			
Varszawa	12-31	4			
llica I I. Dworkowa	Nr buc	lynku	Nr lokalu 23		
zy tytuł zawod	owy dla zgłasz	anego zawo	du został uzyskany v	Polsce czy za granica	?
a granicą	,	3- 34110	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	,	
ana daluuru	u naturi - t- '	and have to	Elecie de undras	ala asura du	
vane dokument	u potwierdzają	icego kwali	nkację do wykonywa	na zawodu	
Vykształcenie wyższe					
ytuł zawodowy icenciat/Intunier	Nume	r dokumentu 1323			
ata wydania dokumenti	u Data n	ozpoczęcia kształ	cenia/studiów		
023-06-06	2020-	10-10			
ałączone doku	menty				
. @ Dokument (F	PDF, 0,10MB)				
Decyzja Ministra	Zdrowia				
. 🥝 decyzja (PDF	F, 28,93KB)				
	która wydała dokumen	t			
łazwa placówki (szkoły),	ej Danii				
lazwa placówki (szkoły), Iniwersytet Południow	i wydany dokument				
łazwa placówki (szkoły), J niwersytet Południow Iaństwo, w którym został I ania					
lazwa placówki (szkoły), Iniwersytet Południow Wróstwo, w którym został Hania dres placówki					
Jazwa placówki (szkoły), Iniwersytet Południow Juństwo, w którym został Nania dros placówki ampuswej 55, 5230 Od	lense, Dania				
Iazwa placówki (szkoły), Iniwersytet Południow Iaństwo, w którym został Ania dros placówki ampusvej 55, 5230 Od Dświadczenie o	ense, Dania znajomości jęz	zyka polskie	ego		
Iazwa placówki (szkoły), Iniwersytet Południow wiństwo, w którym został wania udres placówki ampusvej 55, 5230 Od DŚwiadczenie o Sówiadczam, że wła wykonywania zawoo zastrzełenie m st. 2	iense, Dania ZNAJOMOŚCI JĘZ dam językiem polskim du higienistka stomatoj 2 (Ustawa z dnia 17 siei	tyka polskie w mowie i piśmie logiczna, o którym rpnia 2023 o niekt	ego w zakresie niezbędnym do mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z tórych zawodach medycznych)		
Iazwa placówki (szkoły), Iniwersytet Południow wisteno, w którym został ania dres placówki ampusvej 55, 5230 od DŚwiadczeni , e kwł wykonywania zawoc zastrzeżeniem ust. 2	ense, Dania Znajomości jęz dam językiem polskim fu higienistka stomato i (Ustawa z dnia 17 sier	tyka polskie w mowie i piśmie logiczna, o którym pnia 2023 o niekt	9 50 w zakresie niezbędnym do mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z tóńych zawodach medycznych)		
Iazwa placówki (szkoły), Iniwersytet Południow w którym został anala dras placówki ampuswej 35, 5230 Od Sówiadczenie o Oświadczenie o Oświadczenie ust. 2 Ajejsce wykonyw	ense, Dania znajomości jęż dam jezykiem polskim tu higienistka ostomato (Ustawa z dnia 17 siet wania zawodu	tyka polskie w mowie i piśmie jogiczna, o którym pnia 2023 o niekt	ego w zakrosie niezbędnym do mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z órych zawodach medycznych)		
tazwa placówki (szkoły), nniwersytet Południow w którym został amia dras placówki ampuswej 55, 5230 Od DŚwiadczem, że wła wykonywania zawoc zastrzeżeniem ust. 2 Miejsce wykonyt ✓ Brak miejsca zatrudn	ense, Dania znajomości jęź dam językem połstwaró to biejerista stomato ? (Ustawa z dnia 17 sier wania zawodu sienia	zyka polskie w mowie i piśmie ogiczna, o którym pnia 2023 o nieki	250 w zakresie niezhędnym do mowa w art. 1 ust.1 pit.1, z óżych zawodach mełycznych)		
tazwa placówki (szkoły), niwerzytet Południow twistwo, w którym został amia dres placówki tampuswej 55, 5230 Od Dświadczene o Oświadczene, że wła wykonywania zworc zastrzeżeniem ust. 2 Alejsce wykonyt Mejsca zatrudni	ense, Dania znajomości jęz dam językiem polskim to biejerstka tak do biejerstka tak U Ustawa z dnia 17 sies wania zawodu tienia	cyka polskiu w mowie i piśmie logiczna, o którym pnia 2023 o niek	250 w zakresie niezbędnym do mowa w art. 1 ust.1 pit 1, z orych zawodach medycznych)		
Iarwe plackowki (szkowki), Inniversytet Południow anistwo, w którym został amia dres placłowki ampuswej 55, 5230 Od DŚwiadczenie o Wiejscewanie zwo zastrzeżeniem ust. 2 Aliejsce wykonymi // Brak miejsca zatrudni DŚwiadczenie o	ense, Dania znajomości jęz dam językiem polskim u biejenistka stomatoj (Ustawa z dnia 17 sie wania zawodu sienia odpowiedzia lr	ryka polski w mowie i pismie ogiczna, o którym pnia 2023 o nieki ności karnej	2gg w zakresie niezbędnym do mowa w at. 1 ust.1 pit.1,2 orych zawodach mietycznych)		
Iazwa placówki (szkoły), Iniwersytet Południow w którym został ania dras placówki ampuswej 35, 5230 Od DŚwiadczenie o Oświadczenie o Oświadczenie ust. 2 Alejsce wykonyw / Brak miejsca zatrudni DŚwiadczenie o Jestem świadomu o	ense, Dania znajomości jęz dam językiem polskim U bi njegnistka stomato (U stawa z dnia 17 sie U stawa z dnia 17 sie wania zawodu sienia odpowiedzialni opowiedzialności karm	ryka polskie w molei pisinie prila 2023 o nieki ności karnej j za stożenie fatst	2200 w zakresie niezbędnym do mowa w art. I ust. I pir 1, 2 drych zawodach medycznych)		
tazwa placówki (szkoły), niwersytet Południow w którym został amia dras placówki ampuswej 55, 5230 Od DŚwiadczenie o Oświadczenie o Atejsce wykonyu ∧ Brak miejsca zatrudm DŚwiadczenie o] Jestem świadomy or	ense, Dania znajomości jęz dam językiem polskim u biejeristka stomato (Ustawa z dnia 17 sier wania zawodu tienia odpowiedzialności karm	ryka polski w mowie i pismie ogicran, o który pnia 2023 o niek 2023 o niek ności karnej za ztożenie fats	220 w zakresie niezbędnym do moraw w art. 1 ust. J. pit. 1, z óńrych zawodach medycznych)		
tazwa placówki (szkoły), niwerzytet Południow twistwo, w którym został amia dres placówki tampuswej 55, 5230 Od Dówiadczenie o Odwiadczenie o Odwiadczenie w skorywania zworc zastrzeżeniem ust. 2 Alejsce wykonyst Alejsce zatrzdo- Dówiadczenie o Dówiadczenie o Dówiadczenie o Dówiadczenie o Dówiadczenie o	ense, Dania znajomości jęz dam językiem polska tu biejerstka stomato (Ustawa z dnia 17 sie wania zawodu tienia odpowiedzialności karne k	ryka polski w mowie i pismie w mowie zakowa pola 2023 o niek pola 2023 o niek ności karnej uj za złożenie fatszi	ego w zakresie niezbędzym do mowa w art. 1 ust. J pit. 1, 2 óżrych zawodach medycznych) óżrych zawodach medycznych w stawodach medycznych w stawodach medycznych		
Azwa placówki (szkoły), niwerzytet Południow hniwerzytet Południow Jania dres placówki (ampusvej 55, 5230 Od Dówiadczenie o Odwiadczenie o Odwiadczenie o Alejsce wykonyu / Brak miejsca zatrudni Dówiadczenie o jestem świadomy o lostem świadomy o	ense, Dania znajomości jęż dam językiem polskim to biejenistka stomatoj (Ustawa z dnia 17 sie wania zawodu nienia odpowiedzialny dpowiedzialności karny k	ryka polski ogiczna, o który pola 2023 o niek ności karnej j za złożenie faksz	2 20 w zakresie nieżbędnym do mowa w at. 1 ust. 1 pt. 1, 2 obych zawodach miedycznych) w obych zawodach miedycznych y wego odwiadczenia.		

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 12. Zatwierdź oświadczenie o odpowiedzialności karnej, klikając w kwadracik.

Podpisz wniosek Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego.	lestem świadomy odpow	powiedzialności karnej *	
Podpisz wniosek Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego.			
Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego.	Podpisz wniosek		
Damiotaj zo no podpisanju wniosku nio bodzio już możliwości powrotu do jogo odusij	Jeżeli dane, które widzisz, są p	oprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifik zierku pie bodzie już możliwaćci powratu do jeze odwiji	owanego.

Krok 13. Kliknij w przycisk "Podpisz wniosek".

Następnie przejdziesz do systemu e-Gate, który umożliwi podpisanie wniosku o wpis do Rejestru.

Po podpisaniu wniosku wrócisz do Rejestru.

Krok 14. Komunikat potwierdzający podpisanie wniosku zamknij krzyżykiem.

Rejestry e-Zdrowia	⊘ Sukces	
Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego	Podpisano wniosek.	A A
Strona główna		

Krok 15. Twój wniosek o wpis dostępny jest już na stronie "Wnioski".

Wniosek otrzymał status "Oczekuje na płatność".

Numer wniosku	Typ wniosku	Zawód medyczny	Data złożenia	
000000174	Wniosek o wpis do rejestru	Higienistka stomatologiczna	22-03-2024	
Właściwy urząd		Status		
Mazowiecki Urząd Wojew	vódzki w Warszawie	Oczekuje na płatność 🔹		
		Pozostało 21 dni		
				Zobacz

Krok 16. Opłać wniosek – szczegóły tu

6. Opłata wniosku

Podpisany wniosek o wpis należy opłacić w ciągu 21 dni od momentu złożenia podpisu.

Dane do przelewu widoczne są zaraz po podpisaniu wniosku, ale możesz wrócić do nich później.

Po przekroczeniu wyznaczonego terminu na opłatę, wniosek otrzymuje status **"Przekroczono termin płatności"**. Konieczne jest ponowne złożenie wniosku o wpis.

Wniosek o wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Uzupełnij wszystkich 5 kroków formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

1	2	3	4	5
Dane osobowe	Wykształcenie	Miejsce wykonywania zawodu	Podsumowanie i podpis	Płatność
niosek jest podpisany i	gotów do opłacenia			
biorca	Waranawia 🕞			
zowiecki orząd wojewodzki w				
mer konta				
2233445566778899 📋				
res odbiorcy				
Bankowy 3/5; 00-950 Warszaw	va 🔽			
tuł przelewu				
niosek o wpis do rejestru nume	er 0000000174 📋			
int n				
0,00 zł				
	, ,, 			
Whiosek mozesz opłacić	ć pozniej			
Jeśli chcesz opłacić wnic	osek w innym terminie zar	nknij formularz. Po zamknięciu for w wniosku w zakładco "Wnioski"	mularza dane do	
wpłaty będą nadat dost	ępne w władku szczegołow	w whitesku w zaktadice whiteski .		
Jeżeli opłaciłeś wniosek	i masz potwierdzenie, mo	vżesz załączyć je tutaj:)	
		0		
	Przeciagnii t	Ø		
	(format: .pdf, .jpg,	.jpeg, .png lub .bmp)		
	Wybi	ierz plik		
i)	

Możesz w tym miejscu dołączyć potwierdzenie przelewu, aby usprawnić proces weryfikacji wniosku przez Urząd Wojewódzki.

Kliknij w przycisk "Wybierz plik" i dołącz potwierdzenie przelewu ze swojego urządzenia.

Vniosek możesz opłacić później	
eśli chcesz opłacić wniosek w innym terminie zamknij formularz. Po zamknięciu formularza dane o /płaty będą nadal dostępne w widoku szczegółów wniosku w zakładce "Wnioski".	0
eżeli opłaciłeś wniosek i masz potwierdzenie, możesz załączyć je tutaj:	
Przeciągnij tutaj lub wybierz	
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)	
Wybierz plik	

7. Wniosek o aktualizację wpisu

Krok 1. Kliknij w hiperłącze "Przejdź do listy wpisów" na stronie głównej lub w zakładkę "Wpisy w rejestrze" w menu bocznym.



Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Zwiń	<	
Wnioski		
Wpisy w rejestrze		
Powiadomienia	102	Zouráda
Kształcenie	iumer wpisu i <u>3</u>	Zawod I Ortopt
		Organ właściwy Mazowiecki Urząd Woj

Krok 2. Wybierz wpis i kliknij w przycisk "Wnioskuj o zmianę".

Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043	Numer wpisu	Zawód medyczny Ortoptystka	Data wr 18-03-	oisu do rejestru 2024	
Status Aktywny	Orga Maz	an właściwy owiecki Urząd Wojewódzki w Warsza	Data os vie 18-03-	tatniej aktualizacji 2024	
		Pobier	z zaświadczenie	Wnioskuj o zmianę	Zobacz
					37 Z 56

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 3. Zaznacz, klikając w kółko, o jaką aktualizację wnioskujesz.

Zaktualizować dane wpisu	Co chcesz zrobić?		×
	Zaktualizować dane wpisu		
Wskazać datę zaprzestania lub wznowienia wykonywania zawodu	🚫 Wskazać datę zaprzestania lub wznowienia wykony	ywania zawodu	
Apului Dotwierté		Apului	Potwierdź
Allutuj Potwieluz		Anutuj	Potwieruz

Krok 4. Kliknij w przycisk "Potwierdź".

Co chcesz zrobić?		×
🔿 Zaktualizować dane wpisu		
Wskazać datę zaprzestania lub wznowienia wykonywar	ia zawodu	
	Anuluj	Potwierdź

Opcja: Aktualizacja danych wpisu.

Zaktualizuj dane w wybranej sekcji.

Przechodzisz przez kolejne strony wpisu klikając w przycisk "Następny krok".

Wniosek o aktualizację wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego Uzupełnij wszystkie 4 kroki formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043 Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódz	Numer wpisu 43 tki w Warszawie	Zawód medyczny Ortoptystka Data ostatnii 18-03-2024	Data wpisu do rejestru 18-03-2024 ej aktualizacji	Status Aktywny ●
1 Dane osobor	we	2 Wykształcenie	3 Miejsce wykonywania zawodu	4 Podsumowanie
Twoje dane Imię FLORENTYNA Kraj obywatelstwa Polska	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834		
Kraj drugjego obywatelstwa Dania Numer telefonu * 5632479874		E-mail testywydajrizm+0987@gma	iLcom	
Miejsce zamieszkania Województwo MAZOWIECKIE		Powiat Warszawa	Gmina Warszawa	
Miejscowość Warszawa Ulica ul. Popularna		Kod pocztowy 12-345 Nr budynku 3	Nr lokalu 3	
•				Anuluj Następny krok 🗲

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Zweryfikuj dane we wniosku o aktualizację wpisu w podsumowaniu i zaznacz kwadracik przy oświadczeniu o odpowiedzialności karnej.

Wniosek o aktualizację wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego Uzupełnij wszystkie 4 kroki formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044 Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódł	Numer wpisu 44 zki w Warszawie	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Aktyony e	
		0		•	
Dane osobo	we	Wykształcenie	Miejsce wykonywania zawodu	Podsumowanie	
Zawód, o którego w Zawód medyczny Technik ortopeda	rpisanie wnioskujesz				
Twoje dane					
Imię FLORENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834			
Kraj obywatelstwa Polska	Kraj druglego obywatelstwa Dania				
Numer telefonu 541258965	E-mail testywydajrizm+0987@gm	siLcom			
Adres					
Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa			
Miejscowość Warszawa	Kod pocztor 12-345	ny .			
Ulica	Nr budynku	Nr lokalu			
u. Popularna	3	3			
Czy tytuł zawodowy W Polsce	/ dla zgłaszanego zaw	odu został uzyskany w Po	olsce czy za granicą?		
Dane dokumentu p	otwierdzającego kwal	ifikację do wykonywania	zawodu		
Poziom wykształcenia Wykształcenie wyższe					
Tytuł zawodowy	Numer doka	mentu			
Data wydania dokumentu	Data rozpoc	zęcia kształcenia/studiów			
Załączone dokume	2020-10-0: nty	L			
1. Ø Dokument (PDF,	0,10MB)				
Nazwa placówki (szkoły), która Szkoła policealna Collegium	wydała dokument				
Adres					
Województwo MAŁOPOLSKIE	Powiat Nowy Sęcz	Gmina Nowy Sącz			
Miejscowość	Kod pocztor	ny .			
Ulica	Nr budynku	Nr lokalu			
ul szkolna Oświadczenie o zna	ı ijomości języka polski	- ego			
Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu technik ortopeda, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust.2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)					
Miejsce wykonywar	nia zawodu				
✓ Brak miejsca zatrudnienia					
Oświadczenie o odu	powiedzialności karne				
Jestern świadomy odpow	iedzialności karnej za złożenie fał	zywego oświadczenia.			
Podpisz wniosek					
Jeżeli dane, które widzisz, są p Pamiętaj, że po podpisaniu wr	oprawne, możesz elektronicznie p ilosku nie będzie już możliwości p	oopisać wniosek. Użyj Profilu Zaufaneg owrotu do jego edycji.	go, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego.		
			Anuluj	Poprzedni krok Podpisz wniosek	

Kliknij w przycisk "Podpisz wniosek".

rona główna >> Wpisy w rejestra Vniosek o aktualiza zupełnij wszystkie 4 kroki	ację wpisu do Cer formularza udzielając na	ntralnego Rejes m jak najbardziej prec	tru Osób Uprav cyzyjnych informacji	wnionych do Wyk	onywania Zawoo	lu Medycznego
Indywidualny identyfikator wpisu 220000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopeda		Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Aktywny ●	
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódz	ki w Warszawie					
1		(1)		3		
Dane osobo	ac.	Wykształcenie	Miej	sce wykonywania zawodu	Podsum	iowanie
Zawód, o którego w ^{Zawód} medyczny Technik ortopeda	pisanie wnioskujesz					
Twoje dane						
Imię	Nazwisko	PESEL				
FLORENTYNA Kraj obywatelstwa	ZAWADZKA Kraj drugiego obywatelstwa	37041363834				
Polska	Dania					
Numer telefonu 541258965	E-mail testywydajrizm+0987@gr	mail.com				
Adres						
Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Grni War	na Iszawa			
Miejscowość	Kod poczt	owy				
Warszawa	12-345 Mr. burdensk	an Mell	akalu			
ul. Popularna	3	3	okato			
Dane dokumentu p Porior nykształenia Wykształcenie wyksze Ustarzednie wyksze Ustarzednie 2023-06-05 Załączone dokument 1. O bokument (Por, d Tschap policiwki (Stalyk), tóda	ntwierdzającego kwa Humer do 321321 Otto rozpo 2020-10-1 htty h,10MB) wydala dokument	lifikację do wykor kumentu szepcia ksztateenia/studiów 91	ıywania zawodu			
Adres						
Województwo MAŁOPOLSKIE	Powiat Nowy Sąc	Gmi z Nov	na vy Sącz			
Miejscowość Nowy Sącz	Kod poczła 32-132	owy				
Ulica	Nr budynk	na Nr b	okalu			
ut. Szkolna Oświadczenie o zna	1 iomości jezyka polej	-				
Oświadczam, że władam o którym mowa w art. 1 u	ęzykiem polskim w mowie i piśr st.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. i	nie w zakresie niezbędnym d 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia	lo wykonywania zawodu te 2023 o niektórych zawodao	chnik ortopeda, ch medycznych)		
Miejsce wykonywan	ia zawodu					
Oświadczenie o od	oowiedzialności karr	nej*				
Jestem świadomy odpow	edzialności karnej za złożenie fi	ałszywego oświadczenia.				
Podpisz wniosek Jeżeli dane, które widzisz, są p Pamiętaj, że po podpisaniu wn	oprawne, možesz elektronicznie josku nie będzie już możliwości	podpisać wniosek. Užyj Prof powrotu do jego edycji.	Mu Zaufanego, e-Dowodu lu	ıb podpisu kwalifikowanego.		
				Anuluj	< Poprzedni krok	Podpisz wniosek

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Opcja: Wskazanie daty zaprzestania wykonywania zawodu.

Wpisz datę zaprzestania wykonywania zawodu i kliknij w przycisk "Zapisz".

Strona główna >> Wpisy w rejestrz	<u>e</u>				
Wpis w rejestr	ze nr 44				
Indywidualny identyfikator wpisu 220000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Aktywny •	
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki v	w Warszawie				
Aktualizujesz wpis					
Wpisz datę zaprzestania	wykonywania zaw	odu			
Data* 2024-03-18 🗙 🛅					Zapisz
Oświadczenie o odpowie	dzialności karnej*				
Jestem świadomy odpowie	dzialności karnej za zło	żenie fałszywego oświadczenia.			
			[Anuluj	Podpisz wniosek

Kliknij w kwadracik przy oświadczeniu o odpowiedzialności karnej, a następnie kliknij w przycisk **"Podpisz** wniosek".

Strona główna >> Wpisy w rejestrze				
Wpis w rejestrze nr 44	' +			
Indywidualny identyfikator Numer wpisu wpisu 44 2200000044 Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Aktywny •	
Aktualizujesz wpis				
Wpisz datę zaprzestania wykonywania Data 18.03.2024	zawodu			Edytuj
Oświadczenie o odpowiedzialności kar	nej * za złożenie fałszywego oświadczenia.			
			Anuluj	Podpisz wniosek

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Opcja: Wskazanie daty wznowienia wykonywania zawodu.

Wpisz datę wznowienia wykonywania zawodu i kliknij w przycisk "Zapisz".

Stro	ona główna >> Wpisy w rejestrz	<u>re</u>					
W	pis w rejestr	ze nr 44					
	Indywidualny identyfikator wpisu	Numer wpisu	Zawód medyczr Technik ortope	iy da	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Zaprzestano wykonywan	ia
	220000044					zawodu 😐	-
	Organ właściwy			Data ostatniej aktualizacji			
	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w	w Warszawie		19-03-2024			
Ak	tualizujesz wpis						
	Wpisz datę wznowienia w	vykonywania zawodu					
	Data *					_	
	2024-03-19 🗙 🛅						Zapisz
	Oświadczenie o odpowie	dzialności karnej*					
	Jestem świadomy odpowie	dzialności karnej za złożenie fałszy	wego oświadczeni	a.			
						Anuluj	Podpisz wniosek
					l		

Kliknij w kwadracik przy oświadczeniu o odpowiedzialności karnej, a następnie kliknij w przycisk "Podpisz wniosek".

Strona główna >> Wpisy w rejestrze				
Wpis w rejestrze nr 44	+			
Indywidualny identyfikator Numer wpisu wpisu 44 220000044	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Zaprzestano wykonywan zawodu 😐	ia
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Data ostatniej aktu. 19-03-2024	alizacji		
Aktualizujesz wpis Wpisz datę wznowienia wykonywania z Data 19.03.2024	awodu			Edytuj
Oświadczenie o odpowiedzialności karu	nej * a złożenie fałszywego oświadczenia.			
			Anuluj	Podpisz wniosek

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

8. Generowanie zaświadczenia o wpisie

Zaświadczenie o wpisie w rejestrze generowane jest w formie pliku PDF.

Wygenerowane zaświadczenie będzie zawierało następujący zestaw danych o wpisie oraz pracowniku medycznym:

- imię (imiona)
- nazwisko
- nazwa wybranego zawodu medycznego
- numer wpisu
- indywidualny identyfikator wpisu
- data wpisu

Krok 1. Kliknij w hiperłącze "Przejdź do listy wpisów" na stronie głównej lub w zakładkę "Wpisy w rejestrze" w menu bocznym.



Rejestry e-Zdrowia

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

	Zwiń <		
Wnioski			
Wpisy w rejestrze			
Powiadomienia	102		70.044
Kształcenie		i <u>3</u>	Ortopt
			Organ właściwy Mazowiecki Urząd Woj

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 2. Wybierz wpis i kliknij w przycisk "Pobierz zaświadczenie".

Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043	Numer wpisu	Zawód medyczny Ortoptystka	Data wpisu do rejestru 18-03-2024		
Status Aktywny	Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie		Data ostatniej aktualizacji 18-03-2024		
		Pobierz zaświac	dczenie Wnioskuj o zmianę	Zobacz	

Krok 3. Zaświadczenie jest zapisane na dysku użytkownika

Wzór nazwy pliku "Zaświadczenie o wpisie w rejestrze <identyfikator wpisu>.pdf".

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Data wstawienia 19.03.2024

Zaświadczenie o wpisie do rejestru

Nazwa rejestru Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego Imię (imiona) FLORENTYNA Nazwisko ZAWADZKA Nazwa zawodu medycznego Ortoptystka Numer wpisu 43 Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043 Data wpisu 18.03.2024

Niniejsze zaświadczenie potwierdza istnienie oraz dane wpisu w rejestrze na moment wygenerowania. W celu uzyskania aktualnych oraz pełnych informacji o wpisie należy przy pomocy danych dostępnych w zaświadczeniu wyszukać wpis na stronie rejestru (https://rizm.ezdrowie.gov.pl).

Dokument został utworzony w systemie informatycznym Centralnym Rejestrze Osób Data i godzina wydruku 19.03.2024 20:31:01 Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego: https://rizm.ezdrowie.gov.pl Wydruk z systemu teleinformatycznego nie wymaga podpisu

Strona 1 z 1

9. Edytowanie adresu zamieszkania

Krok 1. Kliknij w hiperłącze "Przejdź na moje konto" na stronie głównej lub w imię i nazwisko w górnym prawym rogu i "Moje konto".



Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 2. Kliknij w przycisk "Aktualizuj".

Moje konto					
Imię i nazwisko FLORENTYNA ZAWADZKA	Email testywydajrizm+0987@	gmail.com	Pesel 37041363834		
Obywatelstwo					
Kraj obywatelstwa Polska					
Miejsce zamieszekania					
Adres					
Nie mam miejsca zamieszkania	a w Polsce.				
Województwo	Powiat	Gmina			
MAZOWIECKIE	Warszawa	Warszawa			
Mieiscowość	Kod pocztowy				
Warszawa	12-345				
Ulica	Nr budynku	Nr lokalu			
ul. Popularna	3	3			
				A	ktualizuj

Krok 3. Edytuj adres zamieszkania.

ejsce zamieszekania			
Adres			
Nie mam miejsca zamies.	zkania w Polsce.		
Województwo *		Powiat * 🛈	Gmina * 🛈
MAZOWIECKIE	× ×	Warszawa	Warszawa
Miejscowość * 🛈		Kod pocztowy* 🛈	_
Warszawa	× ×	12-345	
Ulica 🛈		Nr budynku * 🛈	Nr lokalu
ul. Popularna	×	3	3

Na stronie Moje konto możesz edytować również dane w sekcji Obywatelstwo.

Kraj obywatelstwa *			
Polska	~		
Kraj drugiego obywatelstwa *			
Dania	~	Usuń kraj drugiego obywatelstwa	

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 4. Zaznacz kwadracik przy oświadczeniu o odpowiedzialności karnej.

Kraj obywatelstwa*				
Polska	~			
Kraj drugiego obywatelstwa*				
Dania	V Usuń kraj d	rugiego obywatelstwa		
ijsce zamieszekania				
Advoc				
Adres				
Nie mam miejsca zamiesz	zkania w Polsce.			
Województwo*		Powiat* ①	Gmina * 🛈	
MAZOWIECKIE	× ×	Warszawa	Warszawa	
Miejscowość * 🛈		Kod pocztowy* 🛈		
Warszawa	× ~	12-345		
Ulica ①		Nr budynku * 🛈	Nr lokalu 🛈	
ul. Popularna	× ~	3	3	
Oświadczenie o odpowied:	zialności karnej*			
the second descent of the second se	zialności karnej za złożen	e fałszywego oświadczenia.	đ.	

Krok 5. Kliknij w przycisk "Zapisz".

(raj obywatelstwa*					
Polska	~				
(raj drugiego obywatelstwa*					
Dania	✓ Usuń kraj o	rugiego obywatelstwa			
ISCE ZAMIESZEKANIA Adres Nie mam miejsca zam Vojewództwo * MAZOWIECKIE Alejscowość * ①	ieszkania w Polsce. X 🗸	Powiat * ① Warszawa Kod pocztowy * ①	Gmina* () Warszawa		
Warszawa	× ~	12-345			
Ilica 🛈		Nr budynku * 🛈	Nr lokalu ①		
ul. Popularna	× ~	3	3		
Dświadczenie o odpowi	edzialności karnej* iedzialności karnej za złożen	ie fałszywego oświadczenia.			

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny

Krok 6. Potwierdź klikając w przycisk "Aktualizuj".

Aktualizacja	danych użytkownika	×
Dane użytkown W przypadku zr terytorialnie Ur Zmiana wymag	ika zostaną zaktualizowane we wszystkich w niany województwa do obsługi zostanie prz ząd Wojewódzki. a podpisu elektronicznego.	wpisach. zypisany właściwy
	Anuluj	Aktualizuj

Krok 7. Podpisz wniosek.

Krok 8. Zamknij krzyżykiem komunikat o aktualizacji danych.

*	Rejestry e-Zdrowia		0	Sukces	91221	FLODENT	×
	Centralny Rejes <mark>tr</mark> Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego			Dane adresowe zostały z	aktualizowane.	10-1	
	strona główna Moje konto						
	lmię i nazwisko FLORENTYNA ZAWADZKA	Email testywydajrizm+0987@gmail.com	Pesel 37041363834				
	Obywatelstwo						
	Kraj obywatelstwa Polska Kraj drugiego obywatelstwa Dania						

10. Poprawienie wniosku

Urząd Wojewódzki zwróci wniosek do poprawy, jeśli wniosek zawiera błędy lub braki.

Urząd Wojewódzki oznaczy pole, załącznik lub całą sekcję do poprawy oraz doda komentarz.

Wniosek otrzymuje status "Do poprawy".

Od momentu zwrotu wniosku do poprawy przez Urząd Wojewódzki, masz 21 dni na poprawę błędów czy uzupełnienie braków we wniosku.

W nagłówku wpisu znajduje się licznik, który odmierza, ile dni zostało na poprawę wniosku.



Po upływie wyznaczonego terminu wniosek otrzyma status **"Bez rozpoznania"** i konieczne będzie ponowne złożenie wniosku o wpis.

Krok 1. Kliknij w hiperłącze "Przejdź do wniosków" na stronie głównej lub zakładkę "Wnioski" w menu bocznym.





nioski	
pisy w rejestrze	
wiadomienia 96	
ztałcenie	
sek o wpis do rejestru	

Krok 2. Wybierz wniosek o statusie "Do poprawy" i kliknij w przycisk "Popraw".

Numer wniosku	Typ wniosku	Zawód medyczny	Data złożenia	Właściwy urz	ząd		
000000142	Wniosek o wpis do rejestru	Technik ortopeda	19-03-2024	Mazowiecki	cki Urząd Wojewódzki w Warszawie		
Status							
Do poprawy 🔉 ဝ							
Pozostało 21 dni							
					Popraw	Zobacz	

Zanim rozpoczniesz poprawę wniosku możesz zapoznać się ze szczegółami zwróconego wniosku klikając w przycisk "Zobacz".

Numer wniosku 0000000142	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data złożenia 19-03-2024	Właściwy urząd Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Wars :	zawie
Status					
Do poprawy 🔉 O					
Pozostało 21 dni					
				Popraw	Zobacz

Możesz przejść od razu ze szczegółów wniosku do funkcji poprawy klikając w przycisk "Popraw".

na główna >> <u>Wnioski</u>					
niosek o wpis de	o Centralnego Rejest	ru Osób Uprawn	ionych do Wykonywa	ania Zawodu Medyczne	go
					Popraw
Zawód medyczny Technik ortopeda Numer wniosku 0000000142	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Status Do poprawy O	Urząd właściwy do rozpatrzenia wniosku Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Data wniosku 19-03-2024	
Twoje dane					
Komentarz do pola Za krótki numer tel Poprzednia wartoś	n "Numer telefonu" lefonu ć: 123			Data: 19-03-2024	

Krok 3. Popraw dane w polu podświetlonym na czerwono zgodnie z komentarzem.

Twoje dane			
Komentarz do po Za krótki numer Poprzednia wart	ola "Numer telefonu" telefonu ość: 123		Data: 19-03-2024
Imię ELOPENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL	
Kraj obywatelstwa			
Polska			
Numer telefonu *		E-mail	
123		testywydajrizm+0987@gmail.com	

Krok 4. Klikając w przycisk "Następny krok" przejdź do podsumowania.

Dane osobowe	2 Wykształu	enie	3 Miejsce wykonywania zawodu	Podsı	4 umowanie
Zawód, o który wnioskujesz ^{Zawód medyczny} Technik ortopeda					
Twoje dane					
Komentarz do pola "Numer telefo Za krótki numer telefonu Poprzednia wartość: 123	onu"			Data: 19-03-2024	
Imię Nazwisko FLORENTYNA ZAWADZKA	PESEL 3704130	53834			
Kraj obywatelstwa Polska					
Numer telefonu*	E-mail				
123 Popraw dane zgodnie z komentarzem	testywy	dajrizm+0987@gmail.	com		
Miejsce zamieszkania					
Województwo	Powiat	Gmina			
MAZOWIECKIE	wdfSZdWd	warszawa			
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-345				
	the baseline	Na labalu			
ul. Popularna	3	NF LOKALU 3			
				Anuluj	Następny krok 🗦

Krok 5. Zaznacz oświadczenie o odpowiedzialności karnej klikając w kwadracik.

			•		
Oświadczenie o odpowie	edzialności karnej*				
Jestem świadomy odpowiedział	ości karnej za złożenie fałszywe	ego oświadczenia.			
odpisz wniosek					
ezeli dane, ktore widzisz, są poprawn vamiętaj, że po podpisaniu wniosku n	e, mozesz elektronicznie podpis ie będzie już możliwości powrot	sač wniosek. Uzyj Profilu Zau tu do jego edycji.	fanego, e-Dowodu lub p	odpisu kwalifikowane	ego.

Krok 6. Podpisz wniosek.

Miejsce wykonywania zawodu ✓ Brak miejsca zatrudnienia
Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*
Podpisz wniosek Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego. Pamiętaj, że po podpisaniu wniosku nie będzie już możliwości powrotu do jego edycji.
Anuluj 🔨 Poprzedni krok Podpisz wniosek 🗲

11. Wyszukaj powiadomienie

Krok 1. Na stronie głównej kliknij w hiperłącze "Przejdź do powiadomień" lub kliknij w zakładkę "Powiadomienia" w menu bocznym.

Numer wniosku lub wpisu 0000000127	Data 19.03.2024 19:	Temat 05:51 Odrzucono wni	osek		Nowe	~
Numer wniosku lub wpisu 0000000127	Data 19.03.2024 19:	Temat 05:40 Opłacony wnio	sek		Nowe	~
Numer wniosku lub wpisu 0000000124	Data 19.03.2024 19:	Temat 05:08 Odrzucono wni	osek		Nowe	~
Numer wniosku lub wpisu 0000000140	Data 19.03.2024 19:	Temat 05:00 Odrzucono wni	osek		Nowe	~
Numer wniosku lub wpisu 0000000140	Data 19.03.2024 19:	Temat 04:46 Opłacony wnio	sek		Nowe	~
					<u>Przejdź do pow</u>	iadomi
Centralny Rejestr C do Wykonywania Z)sób Uprawnio awodu Medycz	nych mego			C P	P
Zwiń 🗶						
ioski						
isy w rejestrze						
wiadomienia 96		Temat		Numer wniosku lub wpisu		_
viadomienia 96		Wybierz	~	Wybierz		1

Krok 2. Wprowadź kryteria wyszukiwania – musisz podać co najmniej jeden atrybut:

- Zakres dat
- Temat
- Numer wniosku lub wpisu

<u>strona gtówna</u> Powiadomienia			
Znajdź powiadomienia			
Zakres dat	Temat Wybierz	Numer wniosku lub wpisu	~
		Wyczyść kryteria wyszukiwania	Szukaj

Krok 3. Kliknij w przycisk "Szukaj".

_{Strona główna} Powiadomienia					
Znajdź powiadomienia					
Zakres dat		Temat		Numer wniosku lub wpisu	
2024-03-05 — 2024-03-19	× 🖻	Wybierz	~	Wybierz	~
			Wyczyść	ć kryteria wyszukiwania	Szukaj

Lista powiadomień spełniających kryteria wyświetli się pod wyszukiwarką.

strona gtówna Powiadomienia		
Znajdź powiadomienia		
Zakres dat 2024-03-05 — 2024-03-19	Temat Wybierz	Numer wniosku lub wpisu Wybierz Wyczyść kryteria wyszukiwania Szukaj
Lista powiadomień		Wszystkich pozycji 78 1 Pokaż na stronie 100 🗸
Data 19.03.2024 19:05:51	Numer wniosku lub wpisu 0000000127	Temat Nowe 🔽
Data 19.03.2024 19:05:40	Numer wniosku lub wpisu 0000000127	Temat Nowe
Data 19.03.2024 19:05:08	Numer wniosku lub wpisu 0000000124	Temat Nowe

12. Wylogowanie

Krok 1. Kliknij w imię i nazwisko w górnym prawym rogu.

*	Rejestry e-Zdrowia	Złóż wniosek o wpis do rejestru	FLORENTYNA ZAWADZKA 🗸
	Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego Wnioskuj o wpis do rejestru		
	Wnioski 3 Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu Przejdź do wniosków >	Wpisy w rejestrze 3 Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru Przejdź do listy wpisów >	
	Kształcenie Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej <u>Przejdź do historii kształcenia</u> >	Moje konto Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania <u>Przejdź na Moje konto</u> >	

Krok 2. Kliknij w przycisk "Wyloguj".

	Złóż wniosek o wpis do rejestru	FLORENTYNA ZAWADZKA 🧥
Aktualny kontekst głó	wny	
Pracownik medycz Moje konto	ny	~
Wyloguj		

Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego – Pracownik Medyczny