Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zrzekam się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego*.

....

(Miejscowość, Data) (Podpis)

<u>Pouczenie:</u>

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu należy przekazać do okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki / położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.