

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer wpisu do okręgowego rejestru

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem zaprzestałam/em*,
zaprzestaję* wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego*.

na okres

(należy podać przewidywany okres)

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu przekazuję do moich akt osobowych do chwili złożenia stosownego oświadczenia w okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

.....
Data

.....
Podpis

* - niepotrzebne skreślić