

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer wpisu do okręgowego rejestru

OŚWIADCZENIE

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

.....
Data

.....
Podpis

Pouczenie:

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 terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

* - niepotrzebne skreślić