

**WNIOSEK
O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA
W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA**

Nazwisko i imię (imiona):

Nr PESEL.....

Nr prawa wykonywania zawodu:.....

Wniosek motywuję tym, że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu

Seria Nr

Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Koninie

zostało:

zagubione

skradzione

zniszczone

Miejscowość, data Podpis

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria Nr

Zobowiązuję się zwrócić okręgowej radzie pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Data

.....

Podpis

