

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer wpisu do okręgowego rejestru

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem zaprzestałam/em*, zaprzestaję*
wykonywania zawodu pielęgniarzki/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 pielęgniarzki/rza*, położnej/ego* na obszarze
Rzeczypospolitej Polskiej.

.....
data

.....
podpis

* - niepotrzebne skreślić