

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer wpisu do okręgowego rejestru

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem ..... zrzekam się prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa\*, położnictwa\*.

.....  
data

.....  
podpis

### **Pouczenie:**

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu należy przekazać do okręgowej rady pielęgniarstwa i położnictwa.

Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarstwa / położnictwa na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

\* - niepotrzebne skreślić