

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<input type="text"/>
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	<input type="text"/>

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem
zaprzestałam/em*, zaprzestaję* wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*,
położnej/ego* (**data zaprzestania nie może być wcześniejsza niż data
złożenia wniosku**)

na okres

(należy podać przewidywany okres – **dzień-miesiąc-rok**)

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 terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

.....

(Miejscowość, Data)

.....

(Podpis)

* - niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku, gdy na skutek zaprzestania wykonywania zawodu okres przerwy w wykonywaniu przeze mnie zawodu będzie łącznie dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, w przypadku, gdy będę miał/a zamiar podjąć wykonywanie zawodu, będę zobowiązany/a do odbycia przeszkolenia określonego przez ORPIP na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)