

.....  
(imię i nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer prawa wykonywania zawodu)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer wpisu do okręgowego rejestru)

## OŚWIADCZENIE

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

do dnia .....

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 obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

.....  
(data)

.....  
(podpis)