

.....  
(imię i nazwisko)

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

(numer prawa wykonywania zawodu)

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

(numer wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem ..... zrzekam się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\*.

.....  
(data)

.....  
(podpis)

### **Pouczenie**

Posiadane prawo wykonywania zawodu należy przekazać do okręgowej rady pielęgniarek i położnych. Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki / położnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

\* - niepotrzebne skreślić