| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** | |
| **Numer wpisu do okręgowego rejestru:** | |

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zamierzam podjąć wykonywanie zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

..... .....

(Miejscowość, Data) (Podpis)

**Pouczenie:**
Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku podjęcia pracy w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, będę zobowiązany/a poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)