

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

## OŚWIADCZENIE

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

.....

(Miejscowość, Data)

.....

(Podpis)

### **Pouczenie:**

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu należy przekazać  
do okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania  
zawodu pielęgniarki / położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\* - niepotrzebne skreślić