

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Numer prawa wykonywania zawodu)

.....

(Numer wpisu do okręgowego rejestru )

### OŚWIADCZENIE

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

.....

(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 terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

\* - niepotrzebne skreślić