

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Numer prawa wykonywania zawodu)

.....
(Numer wpisu do okręgowego rejestru)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem
zaprzestałam/em*, zaprzestaję* wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego*.
na okres

(należy podać przewidywany okres)

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)

* - niepotrzebne skreślić