

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych

OŚWIADCZENIE

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

Kielce, dn.

.....
podpis

* - niepotrzebne skreślić