|  |  |
| --- | --- |
| 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\*.

Kielce, dn. ............................................................ 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