|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**OŚWIADCZENIE**

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

.................................................. .......................................................

(Miejscowość, Data) (Podpis)

**Pouczenie:**

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu/prawo 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