

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<input type="text"/>
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	<input type="text"/>

OŚWIADCZENIE

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

.....

(Miejscowość, 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 terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.