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

Nazwisko i imię

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

PESEL

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

Adres

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

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

Nr Prawa wykonywania zawodu

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

Nr telefonu kontaktowego

***Okręgowa Izba***

***Pielęgniarek i Położnych***

***w Białymstoku***

 Na podstawie art. 26b Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej zgłaszam podjęcie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej\* w czasie trwania epidemii SARS COV-19 od dnia ............................................................ w........................................... ....................................................................................................................................................

 nazwa i adres szpitala

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

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

pod kierownictwem ....................................................................................................................

 imię i nazwisko pielęgniarki/położnej

Przerwa w wykonywaniu zawodu pielęgniarki /położnej\* wynosi ..........lat ............miesięcy.

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

miejscowość, data podpis

\* – niewłaściwe skreślić