

Nazwisko i imię (imiona):										
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem
zaprzestaję wykonywania zawodu pielęgniarzki/rza*, położnej/ego*.
na okres

(należy podać przewidywany okres)

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu/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 pielęgniarzki/rza*, położnej/ego* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

.....

(Miejscowość, Data)

.....

(Podpis)

* - niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

Przyjmuję do wiadomości, że:

- nie mogę wykonywać zawodu w żadnej formie do czasu złożenia oświadczenia, iż zamierzam podjąć wykonywanie zawodu (mogę tylko wystawić receptę pro auctore i pro familiae);
- w okresie zaprzestania OIPiP nie będzie mogła potwierdzić uprawnień zawodowych w systemach informatycznych ochrony zdrowia (np. gabinet.gov.pl);
- nie będę miał/a możliwości wygenerowania prawa wykonywania zawodu w postaci dokumentu mobilnego (mPWZ);
- w przypadku, gdy na skutek zaprzestania wykonywania zawodu okres przerwy w wykonywaniu przeze mnie zawodu będzie łącznie dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, w przypadku, gdy będę miał/a zamiar podjąć wykonywanie zawodu, będę zobowiązany/a do odbycia przeszkolenia określonego przez ORPiP na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzki i położnej (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.)