

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 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