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

(Imię i nazwisko)

……….................................................................

(Numer prawa wykonywania zawodu)

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

(Numer wpisu do okręgowego rejestru )

**OŚWIADCZENIE**

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

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

(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 terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

\* niepotrzebne skreślić