

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

 (Imię i nazwisko)

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

(Numer prawa wykonywania zawodu)

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

 (Numer wpisu do okręgowego rejestru )

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że z dniem ........................................................................... zaprzestałam/em\*, zaprzestaję\* wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\*.

na okres ……………………………………………………………………………………

(należy podać przewidywany okres)

z powodu ……………………………………………………………………………………

(należy podać przyczynę)

Posiadane zaświadczenie o prawie 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 pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Jestem świadoma/y, że po upłynięciu wskazanego terminu zawieszenia, naliczanie obowiązkowych składek członkowskich zostaje wznowione.

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

 (Data) (Podpis)

\* - niepotrzebne skreślić