

Załącznik nr 7A do Uchwały nr 179 z dnia 20 marca 2014 r.

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem zaprzestałam/em*, zaprzestaję* wykonywania zawodu pielęgniarzki/rza*, położnej/ego*. Posiadane prawo wykonywania zawodu przekazuję do moich akt osobowych do chwili złożenia stosownego oświadczenia w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu pielęgniarzki/rza*, położnej/ego* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

.....
data

.....
podpis

* - niepotrzebne skreślić