

Załącznik nr 8 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 zrzekam się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego*.

.....
data

.....
podpis

Pouczenie

Posiadane prawo 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