| | |
|---|---|
| **Nazwisko i imię (imiona):** | |
| **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)

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 terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

..... .....

(Miejscowość, Data) (Podpis)

* - niepotrzebne skreślić

**Pouczenie:**

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku, gdy na skutek zaprzestania wykonywania zawodu okres przerwy w wykonywaniu przeze mnie zawodu będzie łącznie dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, w przypadku, gdy będę miał/a zamiar podjąć wykonywanie zawodu, będę zobowiązany/a do odbycia przeszkolenia określonego przez ORPiP na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)