Załącznik Nr 12 do Uchwały Nr 220/VIII/25 z dnia 2 kwietnia 2025r.

Prezydium Rady SIPiP

* **OŚWIADCZENIE O**

**ZAPRZESTANIU** WYKONYWANIA ZAWODU

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona):** |  |
| **Numer  Prawa Wykonywania Zawodu:** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Numer  wpisu do okręgowego rejestru:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

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 wnioskodawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

**Pouczenie:**

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

**- nie mogę wykonywać zawodu w żadnej formie do czasu złożenia oświadczenia, iż zamierzam podjąć wykonywanie zawodu (mogę tylko wystawić receptę pro auctore i pro familiae):**

**- w okresie zaprzestania SIPIP nie będzie mogła potwierdzić uprawnień zawodowych w systemach informatycznych ochrony zdrowia (np. gabinet.gov.pl);**

**- nie będę miał/a możliwości wygenerowania prawa wykonywania zawodu w postaci dokumentu mobilnego (mPWZ);**

**- 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 RSIPiP na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.)**