Załącznik Nr 13 do Uchwały Nr 220/VIII/25 z dnia 2 kwietnia 2025r.

Prezydium Rady SIPiP

* **OŚWIADCZENIE O**

**ZRZECZENIU SIĘ** PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

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

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że **zrzekam się** prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\*.

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

(Miejscowość, Data) (Podpis)

**Pouczenie:**

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu należy przekazać do okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki / położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\* - niepotrzebne skreślić