Załącznik Nr 5 do Uchwały Nr 220/VIII/25 z dnia 2 kwietnia 2025r.

Prezydium Rady SIPiP

* **OŚWIADCZENIE O**

**PODJĘCIU** PRACY W ZAWODZIE

PO PRZERWIE W JEGO WYKONYWANIU

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

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zamierzam podjąć wykonywanie zawodu pielęgniarki/rza\*,

położnej/ego\* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, od dnia ……………….

we wskazanym poniżej zakładzie podmiotu leczniczego :

………………………………………………………………………………………………..

( Nazwa i adres zakładu podmiotu leczniczego )

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

(Miejscowość, Data) (Podpis)

**Pouczenie:**

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku podjęcia pracy w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, będę zobowiązany/a poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)