

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 izbie 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

\*\* - dotyczy osób niewykonyjących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 551, ze zm.) informują OIPiP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian, które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

#### **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.)