Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	_____

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zamierzam podjąć wykonywanie zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

....

(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 2024 r. poz. 814 ze zm.)

* - niepotrzebne skreślić