Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem .....

zaprzestaję wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego*.

na okres ……

(należy podać przewidywany okres)

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu/prawo 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)

* - 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 OIPIP 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 ORPiP 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.)