

Załącznik nr 9 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

|                                            |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Nazwisko i imię (imiona):</b>           |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Numer<br/>Prawa Wykonywania Zawodu:</b> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 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 OIPI 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.)