



OŚWIADCZENIE

(należy podać przewidywany okres)

.....

(Podpis)

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.)

* - niepotrzebne skreślić