**WNIOSEK O WYKREŚLENIE I WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH**

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Wnoszę o wykreślenie z okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez**

**OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BYDGOSZCZY**

(nazwa okręgowej rady)

**i o wpis do okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez**

………………………………………………………………………………………….

(nazwa okręgowej rady)

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. oryginał prawa wykonywania zawodu(tylko w przypadku posiadania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wydanego przed 11 lipca 2022 r.);
2. arkusz aktualizacyjny