**WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Wnoszę o wykreślenie**

**z rejestru, z powodu przeniesienia na obszar działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ……………………………………………**

**z rejestru, z powodu wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w …………………………………………………..**

(nazwa kraju)

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 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

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

**Załączniki:**

1. oryginał prawa wykonywania zawodu;
2. arkusz aktualizacyjny.