………………………………………………….

 Miejscowość, data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej

Na podstawie art. 31 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. z 2022r., poz.551)

…………………………………………………………………………………………………...

imię i nazwisko

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

*nr PESEL*

Adres zamieszkania

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

posiadający (a) tytuł zawodowy położna\*/ położna dyplomowana\*/ licencjat położnictwa\*/magister położnictwa\*

ubiegająca się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu położnej.

……………………………….. …………………………..

miejscowość, data podpis i pieczątka lekarza

\* niepotrzebne skreślić