……………………… ……………………… pieczęć zakładu leczniczego miejscowość, data

# ZAŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 28 pkt.3 Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. z 2018r. poz. 123),

po przeprowadzeniu badania lekarskiego stwierdzam, że

Pani/Pan.………………………………………………………………………………..……..

( imię i nazwisko)

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

PESEL

zamieszkała/-ły ……………………………………………………………………………….

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

posiadający tytuł zawodowy pielęgniarki/pielęgniarza\*, położnej/położnego\* i ubiegający się o przyznanie prawa wykonywania zawodu **posiada stan zdrowia**

**pozwalający na wykonywanie zawodu** w rozumieniu art. 4 i art. 5 Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. z 2018r. poz. 123).

………………………………………

podpis i pieczątka lekarza

upoważnionego do orzekania

na podstawie przepisów o przeprowadzaniu badań lekarskich pracowników w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami

**\* niepotrzebne skreślić**