

.....
pieczęć zakładu leczniczego

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE

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

Pani/Pan
(imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkała/-ty
.....

posiadająca/-cy tytuł zawodowy pielęgniarki/pielęgniarsza*, położnej/położnego* i ubiegająca/-cy 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 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 123).

.....
podpis i pieczęć lekarza

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

.....
* niepotrzebne skreślić