**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA**

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nr PESEL:**

**Numer prawa wykonywania zawodu:**

**Wniosek motywuję tym, że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu**

Seria .………...….. Nr ..........................................................................

**Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w** ,

zostało:

zagubione skradzione zniszczone

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

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ……. Nr…………

**Zobowiązuję się zwrócić okręgowej radzie pierwotnie wydane zaświadczenie
o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.**

Data ........................................... Podpis .........................................................