



....., dn. ....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęćka instytucji potwierdzającej)

## ZAŚWIADCZENIE O WYKONYWANIU ZAWODU \*

Zaświadczam, że Pani / Pan .....

Urodzona (y) w dniu ..... w .....  
(miejsce urodzenia)

Legitymująca (y) się dowodem osobistym .....

oraz numerem zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu .....

### wykonuje/wykonywała zawód pielęgniarki/położnej w ramach \*\*

- A) Indywidualnej praktyki pielęgniarek
- B) Indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek
- C) Grupowej praktyki pielęgniarek
- D) Umowy o pracę
- E) Umowy zlecenia

W .....

od dnia ..... do dnia .....

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

\* Zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed postępowaniem kwalifikacyjnym

\*\* Zaznaczyć właściwe, osoby prowadzące działalność oraz wspólnicy winni załączyć EDG lub KRS