……………………………………… ….……………………………………

Nazwisko i imię Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż posiadam 3 letni staż pracy wykonywaniu zawodu ***pielęgniarki systemu\****

1/ zespole ratownictwa medycznego\*

2/ szpitalnym oddziale ratunkowym\*

3/ izbach przyjęć\*

4/ oddział anestezjologii, intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii\*

**\*niepotrzebne skreślić** ….……………………………………

Podpis osoby składającej oświadczenie