



URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRAWOMOCNIE ORZECZONEGO WOBEC
KANDYDATKI/KANDYDATA NA STANOWISKO DYREKTORA WOJEWÓDZKIEGO CENTRUM
PSYCHIATRII DŁUGOTERMINOWEJ W STRONIU ŚLĄSKIM ZAKAZU WYKONYWANIA
ZAWODU, ZAWIESZENIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU, OGRANICZENIA PRAWA
WYKONYWANIA ZAWODU LUB ZAKAZU ZAJMOWANIA OKREŚLONEGO STANOWISKA**

Ja niżej podpisana/podpisany¹ (*imię i nazwisko*)
oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu,
zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub
zakazu zajmowania określonego stanowiska.

.....
Data, miejsce i podpis osoby składającej oświadczenie

¹ niewłaściwe skreślić