

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania stanowiska Naczelnej Pielęgniarki/Położnej Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.

*Niniejsze oświadczenie składam pouczona/ pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2345) – „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.*

.....  
(czytelny podpis)