



URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław

**OŚWIADCZENIE
O BRAKU PRAWOMOCNIE ORZECZONEGO WOBEC KANDYDATKI/KANDYDATA
NA STANOWISKO DYREKTORA
WOJEWÓDZKIEGO ZESPOŁU SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU
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