…………………………………………………………. ………………………………………………………

(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 Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa 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)