



URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław

## OŚWIADCZENIE

### KANDYDATKI/KANDYDATA NA STANOWISKO DYREKTORA SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM.A.FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU

Ja niżej podpisana/podpisany<sup>1</sup> ..... (*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

---

<sup>1</sup> niewłaściwe skreślić