...........................................................

(miejscowość i data)

............................................................

(nazwisko i imię)

............................................................

(adres zamieszkania)

............................................................

**OŚWIADCZENIA**

Ja niżej podpisana/y oświadczam:

1. o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania stanowiska kierowniczego, w tym Zastępcy Dyrektora ds. medycznych w placówkach medycznych;
2. że posiadam pełnię praw publicznych i nie byłam(em) skazana(ny) prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe

*Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (t. j. Dz. U. z 2024, poz. 17 z późn. zm.) – „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)