

Załącznik

.....
(nazwisko i imię)

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa zawodu lub zakazu zajmowania stanowiska Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Niniejsze oświadczenie składam pouczona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600) – „*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 8 lat*”

Miejscowość, data, czytelny podpis