

Załącznik nr 1

.....
(miejscowość i data)

.....
(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 wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania stanowiska Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz.U.2025.383) - „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)