



**Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Gminie Raba Wyżna**

Załącznik Nr 1

do Ogłoszenia o konkursie
na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
w SPGZOZ w Gminie Raba Wyżna

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

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

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(czytelny podpis)