

....., dnia

.....
/ imię i nazwisko /

.....
/ miejscowość /

.....
/ adres /

.....

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Mam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.
2. Nie został względem mnie wydany zakaz pracy na stanowisku objętym konkursem oraz zakaz pełnienia funkcji kierowniczych związanych z dysponowaniem środkami publicznymi.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Czarnkowie, w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie.

.....
/ czytelny podpis /