…………………………………………………… ……………………………………………………

*(imię i nazwisko kandydata) (data i miejscowość)*

……………………………………………………

*(adres zamieszkania)*

……………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany(a) 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.

……………………………………………………

*(czytelny podpis)*