

**URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**

**Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław**

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PRAWOMOCNIE ORZECZONEGO WOBEC KANDYDATKI/KANDYDATA
NA STANOWISKO DYREKTORA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA IM.DRA A.SOKOŁOWSKIEGO W WAŁBRZYCHU**

**ZAKAZU WYKONYWANIA ZAWODU, ZAWIESZENIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU, OGRANICZENIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LUB ZAKAZU ZAJMOWANIA OKREŚLONEGO STANOWISKA**

Ja niżej podpisana/podpisany[[1]](#footnote-1) ……………………………………………………………….. *(imię i nazwisko)* oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

……………………….………………….…………………………….

Data, miejsce i podpis osoby składającej oświadczenie

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)