



OŚWIADCZENIE

KANDYDATKI/KANDYDATA NA STANOWISKO DYREKTORA
SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO
W WAŁBRZYCHU

Ja niżej podpisana/podpisany¹
(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