

.....
(Imię i Nazwisko)

....., dn.
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....

OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o zatrudnienie na stanowisku Kierownika Miejsko-Gminnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Staszowie, Ja niżej podpisana/y **oświadczam**, o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

.....
(czytelny podpis)