

Załącznik Nr 1
do ogłoszenia o konkursie na stanowisko
Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Pińczowie

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
oświadczam, że nie został wobec mnie prawomocnie orzeczony zakaz wykonywania zawodu,
zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu
lub zakaz zajmowania stanowiska objętego konkursem.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis składającego oświadczenie)