

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

wzór

OŚWIADCZENIA

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 objętego niniejszym postępowaniem konkursowym - dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(własnoręczny podpis)

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że nie byłem/am karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, o których mowa w art. 31 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 104; zm.: Dz.U. z 2025 r. poz. 497).

.....
(miejscowość, data)

.....
(własnoręczny podpis)

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że mam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam w pełni z praw publicznych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(własnoręczny podpis)

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego na stanowisko dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(własnoręczny podpis)