**- WZÓR -**

…….. ……..……
(imię i nazwisko) (miejscowość i data)

……..

……..
(adres zamieszkania)

# OŚWIADCZENIE KANDYDATA
## o niekaralności

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego („Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania stanowiska kierownika zakładu opieki zdrowotnej.

……
(czytelny podpis)