

**Załącznik nr 1 do OGŁOSZENIA**  
o konkursie na stanowisko Dyrektora  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Świdniku

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
(adres)

.....  
(tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu zajmowania stanowiska Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)