

Załącznik nr 2 do OGŁOSZENIA
o konkursie na stanowisko Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Świdniku

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

.....
(tel. kontaktowy)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)