

Załącznik nr 3 do OGŁOSZENIA
o konkursie na stanowisko Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Świdniku

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

.....
(tel. kontaktowy)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że nie byłem/am karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, o którym mowa w art. 31 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 104).

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)