



Oświadczenie

Ja, nr pesel
oświadczam, iż posiadam prawo do wykonywania zawodu lekarza/pielęgniarki*
o numerze którego nie zostałem(am) pozbawiony(a), ani
które nie zostało zawieszono.

Oświadczam również, iż:

- A) Nie zostałem(am) ukarany(a) przez sąd lekarski/pielęgniarski* ,
- B) Nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej,
- C) Nie toczy się przeciwko mnie postępowanie mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lekarza/pielęgniarki* lub ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności medycznych.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis

*Niepotrzebne skreślić