……..
Miejscowość i data

……
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KI O BRAKU ZAKAZU WYKONYWANIA ZAWODU

Ja niżej podpisany/a oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowanego stanowiska Dyrektora/Dyrektorki Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli.

……

Własnoręczny podpis