

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko kandydata)

**115 Szpital Wojskowy z Przychodnią
Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Boczna 10
84-150 Hel**

OŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 21 ust. 5 ustawy z 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j.: Dz.U. z 2024 r. poz. 1802) oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat zamieszkiwałam-em / nie zamieszkiwałam-em* na terenie innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa

.....
.....
(państwa zamieszkiwania)

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis kandydata wolontariat / praktyki)

* niepotrzebne skreślić