………………, dn. ………….2023 r.

**OŚWIADCZENIE ŚWIADKA**

**Ja, niżej podpisany/a:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko: |  |
| Seria i numer dowodu osobistego: |  |

**oświadczam, że Pan/Pani\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Seria i numer dowodu osobistego: |  |

czynnie uczestniczył/a w działaniach ratowniczych lub akcjach ratowniczych **w Ochotniczej Straży Pożarnej:**

|  |  |
| --- | --- |
| siedziba jednostki: |  |
| w latach: |  |

w rozumieniu art. 16 ust. 2 ustawy z 17 grudnia 2021 r. o Ochotniczych strażach pożarnych
(tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 194, 658, 1560).

**Oświadczam, że jako świadek\*\*:**

nie jestem:

1. małżonkiem, rodzeństwem, wstępnym, zstępnym lub powinowatym do drugiego stopnia wnioskodawcy;
2. osobą związaną z wnioskodawcą tytułem przysposobienia, opieki lub kurateli;
3. osobą pozostającą wobec wnioskodawcy w stosunku podrzędności służbowej;
4. osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za popełnione umyślnie przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe.
* pełniłem/am funkcje publiczne lub byłem/am zatrudniony/a w urzędzie obsługującym organ administracji samorządowej, w okresie potwierdzającym bezpośredni udział w/w osoby
w działaniach ratowniczych lub akcjach ratowniczych, tj:

 …………………………………….………………………………………………………………………………………………………

(nazwa urzędu/jednostki, lata sprawowanej funkcji)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - właściwe zakreślić

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

………………………………………………… ……………………………………………….

 Data czytelny podpis składającego oświadczenie

**OPINIA DOTYCZĄCA WIARYGODNOŚCI OŚWIADCZENIA**

***(podpisuje właściwy wójt/burmistrz/prezydent miasta)***

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

………………………. ………………………

 *miejscowość, data podpis i pieczątka*

|  |
| --- |
| **ZATWIERDZENIE OŚWIADCZENIA*****(przez właściwego komendanta powiatowego/miejskiego PSP)*** |
| data, podpis |