**Formularz dla kandydatów na członka Rady Agencji Badań Medycznych**

|  |
| --- |
| A. Dane organizacji zgłaszającej kandydata  |
| A.1 | Pełna nazwa, NIP, REGON, numer KRS: | Nazwa |
| *NIP* |
| *REGON* |
| *KRS* |
| A.2 | Forma prawna: |  |
| A.3 | Adres: | *ulica, nr budynku, nr lokalu* |
| *kod pocztowy* |
| *miasto* |
| *gmina* |
| *powiat* |
| *województwo* |
| A.4 | Imię i nazwisko osoby uprawnionej do podejmowania decyzji w organizacji: |  |
| A.5 | Telefon/Fax: |  |
| A.6 | nazwa strony internetowej: |  |
| A.7 | Adres e-mail: |  |
| A.8 | Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktów roboczych: |  |
| A.9 | Telefon/Fax/email: osoby wyznaczonej do kontaktów roboczych |  |

|  |
| --- |
| B. Dane kandydata  |
| B.1 | Dane osobowe | Imię i nazwisko  |
| *PESEL* |
| *Data urodzenia* |
| *Obywatelstwo*  |
| B.2 | Adres zamieszkania: | *ulica, nr budynku, nr lokalu* |
| *kod pocztowy* |
| *miasto* |
| *gmina* |
| *powiat* |
| *województwo* |
| B.3 | Dane kontaktowe  | Numer telefonu komórkowego |
| Adres mailowy |
| B.4 | Informacje o wykształceniu:  |  |
| B.5 | Tytuły naukowe  |  |
| B.6 | Aktualne miejsce pracy |  |

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

Podpis przedstawiciela organizacji Podpis kandydata

**Załączniki:**

1. Statut organizacji zgłaszającej kandydata
2. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia dokumentów uprawniających do reprezentowania organizacji (np. akt powołania)
3. Życiorys kandydata (CV);
4. Oświadczenie kandydata:

- o korzystaniu z pełni praw publicznych;

- o niekaralności za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;

- o posiadaniu wiedzy i doświadczenia zawodowego w dziedzinie badań naukowych ;

1. **(jeśli dotyczy)** Oświadczenie o braku współpracy z organami bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 *ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów* oraz nie współpracowała z tymi organami;
2. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu potwierdzającego wykształcenie kandydata;
3. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe kandydata;
4. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia dowodu osobistego kandydata.

………..…………., dnia ………….………....

(miejscowość)

**Oświadczenie**

Ja …………………………………..…………, zamieszkały/a w ………………………….………..

(imię i nazwisko) (adres)

……………………………………………………….…… legitymujący/a się dowodem osobistym

nr ………..…………………, wydanym przez …….………………………………………..………..

(seria i numer dowodu) (organ wydający)

niniejszym oświadczam, że:

* korzystam z pełni praw publicznych,
* nie byłem/łam skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo,
* nie byłem/łam skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo skarbowe,
* posiadam wiedzę i doświadczenie zawodowe w dziedzinie badań naukowych;
* wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia oraz Agencję Badań Medycznych moich danych osobowych zawartych w *formularzu dla kandydatów na członka Rady Agencji Badań Medycznych*  dla potrzeb niezbędnych dla realizacji zadań członka Rady Agencji Badań Medycznych.

……………………………

(data i podpis)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………………….

podpis Kandydata

**OŚWIADCZENIE LUSTRACYJNE**

**Część A**

Ja ...................................................... syn/córka .............................................................

(imię i nazwisko, nazwisko rodowe,          (imię ojca)

inne nazwiska używane w latach 1944-1990)

urodzony/urodzona .........................................................................................................

                        (data i miejsce urodzenia)

zamieszkały/zamieszkała ...................................................................................................

                                (adres zamieszkania)

legitymujący się/legitymująca się ........................................................................................

                              (nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, jego numer i numer PESEL)

wykonujący/wykonująca funkcję publiczną albo ubiegający się/ubiegająca się o objęcie lub wykonywanie funkcji publicznej ………………………………………………………………......................... ........................................................................................................................................

(funkcja publiczna określona w art. 4 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów)

świadom/świadoma odpowiedzialności za złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia, po zapoznaniu się z treścią ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2013 r. poz. 1388), oświadczam, że nie pracowałem/nie pracowałam, nie pełniłem/nie pełniłam służby ani nie byłem/nie byłam współpracownikiem\* w rozumieniu art. 3a powołanej ustawy, organów bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 powołanej ustawy, w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r.

................, ......         ...........................

(miejscowość, data)             (własnoręczny podpis)

\_\_\_\_\_\_

* Właściwe podkreślić.

Ja ...................................................... syn/córka .............................................................

(imię i nazwisko, nazwisko rodowe,          (imię ojca)

inne nazwiska używane w latach 1944-1990)

urodzony/urodzona .........................................................................................................

                        (data i miejsce urodzenia)

zamieszkały/zamieszkała ...................................................................................................

                                (adres zamieszkania)

legitymujący się/legitymująca się ........................................................................................

                              (nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, jego numer i numer PESEL)

wykonujący/wykonująca funkcję publiczną albo ubiegający się/ubiegająca się o objęcie lub wykonywanie funkcji publicznej ………………………………………………………………......................... ........................................................................................................................................

(funkcja publiczna określona w art. 4 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów)

świadom/świadoma odpowiedzialności za złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia, po zapoznaniu się z treścią ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2013 r. poz. 1388), oświadczam, że pracowałem/ pracowałam, pełniłem/ pełniłam służbę, byłem/ byłam współpracownikiem\* w rozumieniu art. 3a powołanej ustawy, organów bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 powołanej ustawy, w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r.

.................., ......         ...........................

    (miejscowość, data)             (własnoręczny podpis)

**Część B\*\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ bezpieczeństwa państwa określony w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów | Funkcja | Data podjęcia i zakończenia pracy, służby lub współpracy |
|      |   |   |   |

Dodatkowo wyjaśniam:

........................................................................

........................................................................

........................................................................

........................................................................

........................................................................

................, .....          .............................

 (miejscowość, data)             (własnoręczny podpis)

\_\_\_\_\_\_

\*    Właściwe podkreślić.

\*\*   Wypełniają osoby, które oświadczyły, że służyły, pracowały lub współpracowały z organami bezpieczeństwa państwa, o których mowa w [art. 2](http://lexonline.lex.pl/cgi-bin/ocd.cgi?id=4739839f288f&&pspdate=2007.11.13&psphas=1&comm=jn&akt=nr17340535&ver=-1&jedn=a2) ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r.