

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska - Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Klinicznego Urologii.

.....
(czytelny podpis)