………..…………., 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 obywatelstwo ……………………………..
* wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia moich danych osobowych zawartych w aplikacji dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji.

……………………………

(data i podpis)