Załącznik 1 do ogłoszenia o konkursie na stanowisko Dyrektora ds. Medycznych w Poznaniu

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

(miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA O BRAKU ZAKAZU WYKONYWANIA ZAWODU**

Ja niżej podpisany/a oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowanego stanowiska.

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

własnoręczny podpis