

do Regulaminu praktyk w zawodach medycznych i innych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Spółka z o. o. – Zarządzenie Nr... /2025⁶

Siedlce, ...
(Miejscowość) (data)

.....
imię i nazwisko

.....
stanowisko

.....
nazwa komórki organizacyjnej

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w ostatnich 20 latach:

* nie zamieszkiwałam/em w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa

* zamieszkiwałam/em w

.....
(podać państwa zamieszkania)

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność powyższego oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

⁶ Załącznik nr 1 do Standardów Ochrony Małoletnich w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.