



## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej Szpitala)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

### o ś w i a d c z a m

- iż

- nie byłem/am
- byłem/am

karany/a prawomocnie w .....  
(Państwo)

za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w :

- rozdziale XIX i
- rozdziale XXV Kodeksu karnego,
- w art. 189a Kodeksu karnego,
- w art. 207 Kodeksu karnego,
- ustawie z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

a także, że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(własnoręczny podpis)



## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany .....,  
(Imię i nazwisko pracownika)

pracownik .....,  
(nazwa komórki organizacyjnej Szpitala, w której zatrudniony jest pracownik)

Oświadczam, że zostałem poinformowany o obowiązkach wynikających z art. 21 i nast.  
Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle  
seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2023 r., poz. 1304 z późn. zm.).

.....  
(Data i podpis pracownika)



## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a .....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej Szpitala)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

### o ś w i a d c z a m

- iż w ciągu ostatnich 20 lat:

- mieszkałem/am w .....  
(Państwo)
- nie mieszkałem/am

w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(własnoręczny podpis)