



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku
38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26
+48 13 46 56 100 fax +48 13 46 56 200
Dział Organizacyjny/e-mail:
dzial.organizacyjny@zozsanok.pl
NIP 687-16-40-438; REGON 370444345, KRS 0000059726
Rachunek bankowy BGŻ BNP Paribas S.A.
81 1600 1462 1871 2194 2000 0001



.....
Imię i nazwisko

.....
Stanowisko i komórka organizacyjna

OŚWIADCZENIE

/dot. osoby będącej obywatelem innego państwa niż Rzeczypospolita Polska, którego prawo nie przewiduje sporządzenia informacji do celów działalności związanej z kontaktami z dziećmi lub prowadzenia rejestru karnego/

Oświadczam, iż:

1. prawo państwa, którego jestem obywatelem tj.

.....
/wpisać nazwę państwa/:

- a) nie przewiduje sporządzania informacji z rejestru karnego do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi w związku z czym przedkładam informację z rejestru karnego tego państwa*, lub
- b) w w/w państwie nie prowadzi się rejestru karnego*,

2. nie byłem(am) prawomocnie skazany(a) w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem(am) się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma 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.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Podstawa prawna: art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1304 z późn. zm.)

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis składającego oświadczenie

Potwierdzam odbiór w/w informacji z rejestru - ____ kartek:

.....
*Podpis pracownika
Działu Personalnego
SP ZOZ w Sanoku*

* - niewłaściwe skreślić (lit. a lub b);