………………, dnia...................................... r.

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

 (imię i nazwisko)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

1. posiadam obywatelstwo polskie,
2. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych,
3. nie byłem/łam skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe,
4. posiadam nieposzlakowaną opinię,
5. nie byłem/am karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, o którym mowa w art. 31 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych,
6. posiadam stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie na stanowisku Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie.