

## WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

.....  
Imię nazwisko

Tytuł zawodowy

.....  
Adres korespondencyjny

.....  
Telefon kontaktowy

Email

.....  
Numer PWZ

Proszę o wydanie zaświadczenia o niekaralności na potrzeby pracodawcy\*/ ZUS\* /konkursu na stanowisko ordynatora\*.

.....  
Podpis /pieczętka/

(\*niepotrzebne skreślić)

### OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Kodeksu karnego za założenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Data

Podpis

Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że nie byłem/byłam karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślne popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz innymi przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Data

Podpis

**PREFEROWANY SPOSÓB ODBIORU WYSTAWIONYCH ZAŚWIADCZEŃ:**

- odbiór osobisty w Dziale Obsługi Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu
- przesłanie na wyżej wymieniony adres korespondencyjny

---

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór zaświadczenia nr .....

.....

Data

Podpis