

WZÓR

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(numer PESEL\*)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w stosunku do żadnego z kandydatów do złożenia Farmaceutycznego Egzaminu Weryfikacyjnego przed Zespołem Egzaminacyjnym, którego będę członkiem, nie jestem:

- 1) jego małżonkiem;
- 2) osobą pozostającą z nim w stosunku:
  - a) pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,
  - b) przysposobienia;
- 3) osobą pozostającą z nim we wspólnym pożyciu;
- 4) osobą pozostającą wobec niego w stosunku zależności służbowej.

Oświadczam, że nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(data, czytelny podpis)

---

\* W przypadku braku numeru PESEL należy podać datę i miejsce urodzenia.