

WZÓR

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PESEL*)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w stosunku do żadnego z kandydatów do złożenia Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego / Lekarsko-Dentystycznego 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 jego braku należy podać datę i miejsce urodzenia.

** Niepotrzebne skreślić.

*** Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).