

**OŚWIADCZENIE ZWIĄZANE Z USTAWĄ O PRZECIWDZIAŁANIU
ZAGROŻENIOM PRZESTĘPCZOŚCIĄ NA TLE SEKSUALNYM**

Dane niezbędne do sprawdzenia w rejestrze (UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI):

PESEL:

nazwisko:

nazwisko rodowe:

imię pierwsze:

imię ojca:

imię matki:

data urodzenia:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że na podstawie Art. 21 Ust. 1 Ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1304 ze zm.), przed nawiązaniem ze mną stosunku pracy/przed dopuszczeniem mnie do innej działalności * w zakresie leczenia małoletnich lub opieki nad nimi, SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich dokona sprawdzenia czy dane mojej osoby nie zostały zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym.

.....
data i podpis oświadczającego

* niepotrzebne skreślić