
(miejscowość i data)

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(telefon kontaktowy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1* Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

- posiadam obywatelstwo polskie,
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- korzystam z pełni praw publicznych,
- nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowcu na potrzeby przeprowadzenia procedury naboru na wolne stanowisko, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

(czytelny podpis)

*art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.