……………………………..                                                 ………………………………… Imię i nazwisko                                                                          Miejscowość, data

……………………………..
         Adres

Oświadczenia

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………….
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………...
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym………………………………………………………...

wydanym przez …………………………………………………………………………………

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6.06.1997 r.
( t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1137 z późn.zm.) Kodeks karny przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż:
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych,
- nie byłem/byłam skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślnie przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawianych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procedury rekrutacji
w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Krośnie– zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia
1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 r., poz. 922).

        ……………………………………
                              (Podpis)

**Potwierdzenie posiadania kwalifikacji zawodowych**

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje określone w art. 26 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia
9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej ( t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 697).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa Uczelni | Kierunek studiów | Data rozpoczęcia | Data zakończenia |
|  |  |  |  |  |

 Potwierdzam zgodność z oryginałem