

Trzebnica, dn. ....

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
obywatelstwo

.....  
adres zamieszkania

**SZPITAL**

im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy  
55-100 Trzebnica, ul. Prusicka 53-55  
NIP: 915-15-23-806, REG: 000308761

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat, zamieszkiwałam/- łem w państwie lub państwach innych niż Rzeczypospolita Polska i państwo obywatelstwa, tj.: .....

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat, **nie** zamieszkiwałam/- łem w państwie lub państwach innych niż Rzeczypospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
podpis