

WZÓR OŚWIADCZENIA CZŁONKA ZESPOŁU EGZAMINACYJNEGO

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PESEL*)

Oświadczenie

Oświadczam, że w stosunku do żadnego z kandydatów do złożenia Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego** przed Zespołem Egzaminacyjnym, którego będę członkiem, nie jestem:

- 1) małżonkiem,
- 2) osobą pozostającą w stosunku:
 - a) pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,
 - b) przysposobienia,
- 3) osobą pozostającą we wspólnym pożyciu,
- 4) osobą pozostającą w stosunku zależności służbowej.

Oświadczam również, że nie zostałam(-łem) skazana(-ny) prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadoma(-my) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data, czytelny podpis)

* W przypadku braku numeru PESEL należy podać datę i miejsce urodzenia.

** Niepotrzebne skreślić.