

Imię i Nazwisko .....

Adres do korespondencji .....

Nr PWZ .....

Telefon, mail .....

## **Wniosek o wydanie zaświadczenia o niekaralności**

(dla pracodawcy)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia o niekaralności zawodowej.

Jednocześnie oświadczam, że nie jestem karany(a) ani nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza.

Sposób odbioru zaświadczenia:

- osobisty
- drogą pocztową

.....

miejsowość, data

.....

podpis, pieczętka