

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość i data)

.....
(miejsowość zamieszkania)

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
ul. Strzelców Bytomskich 16
41 – 902 Bytom

O Ś W I A D C Z E N I A

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że:

1. Posiadam/nie posiadam* pełną zdolność do czynności prawnych, korzystam/nie korzystam* z pełni praw publicznych.
2. Byłem/byłam* nie byłem/nie byłam skazany/skazana* prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe ¹.

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić

1 - wypełnić jeśli dotyczy – zgodnie z ogłoszeniem