Załącznik nr 6

Zapoznanie się z treścią

miejscowość i data

……

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

…….

OŚWIADCZENIE

Ja, ……, posiadający/-a numer PESEL ……, stanowisko ……..oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- korzystam z pełni praw publicznych,
- daję rękojmię należytego sprawowania opieki nad dziećmi,
- nie jestem i nie byłem(am) pozbawiona władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie została mi zawieszona ani ograniczona,
- nie został/został na mnie nałożony obowiązek alimentacyjny przez sąd,
- wypełniam obowiązek alimentacyjny, który został na mnie nałożony na podstawie wyroku sądowego,
- nie figuruję w bazie Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym i nie zostałem(am) skazany(a) prawomocnym wyrokiem za inne przestępstwo umyślne.

……
Podpis osoby składającej oświadczenie

Ponadto oświadczam, że zapoznałem/-am się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Przychodni Medical w Warszawie i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

……..
(podpis)