Miejscowość …………………………………

Data ……………………………………………..

Imię………………………………………………

Nazwisko………………………………………

Nr paszportu…………………………………

Zawód…………………………………………..

Ministerstwo Zdrowia  
Departament Rozwoju Kadr Medycznych  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

**Oświadczenie o braku dokumentu o niekaralności**

Oświadczam, że nie jest możliwe uzyskanie dokumentu potwierdzającego niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydanego przez uprawniony organ w kraju, w którym wykonywałam lub wykonuję zawód z powodu………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(wskazać powód)

czytelny transliterowany podpis

**…………………………………………………………………………**