

.....

imię i nazwisko

Jarocin, dnia

OŚWIADCZENIE

Po zapoznaniu się z odpowiedzialnością karną za fałszywe zeznania określone w art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych.

.....

(podpis)

.....

imię i nazwisko

Jarocin, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji postępowania kwalifikacyjnego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

.....

(podpis)

.....

imię i nazwisko

Jarocin, dnia

OŚWIADCZENIE

Po zapoznaniu się z odpowiedzialnością karną za fałszywe zeznania określone w art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.

.....

(podpis)

.....

imię i nazwisko

Jarocin, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację wyników poszczególnych etapów postępowania na stronie internetowej oraz w siedzibie Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Jarocinie przy ul. Powstańców Wlkp. 2.

.....

(podpis)

.....
imię i nazwisko

Jarocin, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam, iż w stosunku do Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Jarocinie nie będę wysuwał roszczeń z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z naborem do służby i uczestnictwem w testach sprawności fizycznej.

.....
(podpis)

.....
Pieczętka zakładu służby zdrowia

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani* :.....
(imię i nazwisko)

Urodzony/a* W
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a*
(adres)

posiada/nie posiada* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym prowadzonym przez Komendę Powiatową PSP w Jarocinie.

* niepotrzebne skreślić

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Jarocinie dla potrzeb prowadzonej rekrutacji do służby

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

