

.....  
Data złożenia oświadczenia

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Pesel

### Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie w formie kserokopii z akt osobowych Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie dokumentów niezbędnych do podjęcia współpracy z Uniwersytetem Humanistyczno – Przyrodniczym im. Jana Długosza w Częstochowie takich jak:

- kserokopię dyplomu ukończenia studiów lekarskich,
- kserokopię posiadanych specjalizacji,
- kserokopię uprawnień wykonywania zawodu,
- curriculum vitae,
- spis publikacji naukowych o ile takie istnieją.

.....  
Podpis składającego oświadczenie