Zamość, dnia ……………………

**Oświadczenie o zarobkach współmałżonka\*, o wysokości alimentów\*, o braku dochodów\***

……………………………………………. nazwisko i imię

…………………………………………… adres, telefon

…………………………………………..

□ Wysokość zarobków miesięcznych mojego współmałżonka ……………………………………………………………….…………… wynosi …………………. netto, imię i nazwisko

□ Wysokość otrzymywanych alimentów z tytułu ……………………………………………………………………………… wynosi ……………. netto,

□ Brak dochodów współmałżonka,

 zgodnie z art.233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*W związku ze złożonym wnioskiem wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszego wniosku – zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 26 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L119 z 04.05. 2016). Ponadto informuję, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu zwana dalej OIPiP 22-400 Zamość ul. Odrodzenia 7,* *oipipzamosc@oipip.eu*

……………………………………………………. ……………………………………………………… miejscowość, data podpis