

**Oświadczenie członka Rady Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
kadencja**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(tytuł/stopień naukowy/tytuł zawodowy/stanowisko – nauczyciela albo student/doktorant)*

.....
(funkcja pełniona spośród określonych w § 40 ust. 4 pkt 1-4, 7 Statutu WUM)**

.....
(jednostka WL, w której nauczyciel jest zatrudniony / jednostka ogólnouczelniana, której kierownikiem jest nauczyciel ***)

OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że jestem pracownikiem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który jest dla mnie podstawowym miejscem pracy (*nie dotyczy przedstawicieli samorządu studentów i samorządu doktorantów*).

Oświadczam, że jestem przedstawicielem samorządu studentów WUM/samorządu doktorantów WUM (*nie dotyczy nauczycieli*).

Oświadczam, że spełniam wymagania określone w § 25 ust. 1 Statutu WUM:

- 1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- 2) korzystam z pełni praw publicznych,
- 3) nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- 4) nie byłem karany karą dyscyplinarną,
- 5) w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r. nie pracowałem w organach bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 342), nie pełniła w nich służby ani nie współpracowała z tymi organami,
- 6) posiadam wykształcenie wyższe (*nie dotyczy przedstawicieli samorządu studentów*),
- 7) nie ukończyłem 70. roku życia do dnia rozpoczęcia ww. kadencji Rady Wydziału Lekarskiego WUM.

Oświadczam, że nie pełnię funkcji organu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego lub organu innej uczelni.

Załączam: oświadczenie lustracyjne / informację o złożeniu oświadczenia lustracyjnego.****

Przyjmuję do wiadomości, że Dziekan może odwołać członka Rady Wydziału w razie nieuczestniczenia w pracach Rady Wydziału przez okres co najmniej 6 miesięcy lub w razie nieusprawiedliwionej nieobecności na trzech posiedzeniach.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis oświadczającego)

* Proszę wpisać właściwe.

** Proszę uzupełnić jeśli dotyczy, w przeciwnym przypadku proszę wpisać – nie dotyczy.

*** Proszę podkreślić właściwe i uzupełnić; nie dotyczy studentów i doktorantów, którzy wpisują nie dotyczy.

**** Dotyczy osób urodzonych przed dniem 1 sierpnia 1972 r.; proszę podkreślić właściwe, a jeśli nie dotyczy skreślić całe zdanie.