

OŚWIADCZENIE EMERYTA/ RENCISTY

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

.....
(miejsowość, data)

Ja niżej podpisany(a) niniejszym oświadczam, że jestem byłym pracownikiem Szpitala posiadającym aktualny status emeryta / rencisty* i przed uzyskaniem świadczenia emerytalnego / rentowego rozwiązałem/am stosunek pracy ze Szpitalem w związku z przejściem na emeryturę lub rentę i od tamtego czasu nie zawarłem/em stosunku pracy z innym pracodawcą i w roku dalej posiadam status emeryta / rencisty*. O wszelkich zmianach zobowiązuję niezwłocznie poinformować.

Wraz ze składanym wnioskiem należy okazać decyzję organu emerytalnego / rentowego.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość wyżej przedstawionych danych.

* niepotrzebne skreślić

Olsztyn, dnia

.....
(czytelny podpis uprawnionego)