mgr farm.

adres

LUBUSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA
Z SIEDZIBĄ W ZIELONEJ GÓRZE

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż przewidywany w przepisie art. 88 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. 2020 r poz. 944) 5 letni staż pracy w aptece w miejscowości

odbywałem/am w terminie od **do** **w pełnym wymiarze czasu pracy i w tym okresie faktycznie świadczyłem/am jako farmaceuta usługi w aptece, w szczególności:**

1. nie korzystałem/am w tym okresie ze świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa/tacierzyństwa, które obejmują zasiłek chorobowy, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński, zasiłek opiekuńczy,
2. nie korzystałem/am z urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę,
3. nie pozostawałem/am w tym okresie w czasowej niezdolności do pracy,
4. nie korzystałem/am z uprawnień związanych z rodzicielstwem wynikających z Kodeksu Pracy,
5. nie korzystałem/am z urlopu wychowaczego

   /W przypadku odmiennej odpowiedzi wypełnić poniżej:/

Faktycznie nie świadczyłem/am usługi w aptece jako farmaceuta
/okres i tytuł korzystania z uprawnienia/:

Oświadczenie składam ze świadomością możliwości pociągnięcia mnie za składanie fałszywych oświadczeń do odpowiedzialności karnej za przestępstwo, zagrożone karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z rzeczywistym stanem.

miejscowość i data

czytelny podpis farmaceuty