

## OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Oświadczam, że mam pełną zdolność do czynności prawnych i nie byłam/byłam skazana/skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe.
3. Oświadczam, że prowadzę praktykę lekarską umożliwiającą realizację usługi w zakresie stwierdzania zgonu osób zmarłych w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie Miasta Dąbrowa Górnicza w 2025 r. w przypadku gdy funkcjonariusz Policji będący w miejscu, w którym znajdują się zwłoki nie będzie mógł ustalić lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie zobowiązanego do ustalenia zgonu i jego przyczyny zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 576), a zgon nie nastąpił w trakcie akcji medycznej, o której mowa w art. 40 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 652, z późn. zm.).
4. Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego oświadczenia zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej (RODO), w tym o sposobach przetwarzania moich danych osobowych.

.....  
(Miejscowość / data)

.....  
(Podpis i pieczęć lekarza )