*Załącznik nr 11 do SWKO*

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 4/1/2023

**Formularz dla celów uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym**

(Wypełnia osoba ubiegająca się o zatrudnienie lub dopuszczenie do działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub opieką nad nimi)

W związku z planowanym zatrudnieniem na stanowisku / zawarciem umowy\* na: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................

udostępniam swoje dane osobowe celem weryfikacji w Rejestrze Sprawców na Tle Seksualnym.

\* niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 31 z późń. zm.).

1. PESEL .................................................................................................................................

2. Pierwsze imię .....................................................................................................................

3. Nazwisko ............................................................................................................................

4. Nazwisko rodowe ...............................................................................................................

5. Imię ojca .............................................................................................................................

6. Imię matki ..........................................................................................................................

7. Data urodzenia ................................................................................................................…

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....................…........ .....................…........ ...............…..............

 (miejscowość) (data) (podpis)

Nazwa zadania w związku z którym zachodzi konieczność przeprowadzenia weryfikacji w Rejestrze z dostępem ograniczonym:

(Wypełnia pracownik Bielskiego Pogotowia Ratunkowego)

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

…………...........................….………….... ................……..........................

(podpis pracownika prowadzącego sprawę) (podpis Dyrektora)

**Potwierdzenie weryfikacji danych w Rejestrze z dostępem ograniczonym**

Wynik weryfikacji:

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

 Osoba dokonująca weryfikacji:

........………......................................

(data i podpis)