

.....
imię i nazwisko pracownika

.....
stanowisko

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA
O ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNIICH PRZED
KRZYWDZENIEM W STAROSTWIE POWIATOWYM W KARTUZACH**

Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że zapoznałem/am się:

- z postanowieniami Standardów Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Starostwie Powiatowym w Kartuzach i przyjmuję je do realizacji
- z poniższymi danymi kontaktowymi do lokalnych instytucji odpowiedzialnych za przeciwdziałanie i interwencję w przypadku krzywdzenia małoletnich

Komenda Powiatowa Policji w Kartuzach 47 742 22 22

Straż Miejska 58 680 09 86

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie 58 685 33 20

Wydział Zdrowia, Bezpieczeństwa i Współpracy z Organizacjami Pozarządowym 536 197 573, 536 115 164

Oświadczam również, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, korzystam z praw publicznych, nie byłam (-em) skazana (-y) za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego oraz nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie. Nie zostałam (-em) skazana (-y) prawomocnym wyrokiem za przestępstwa umyślne. Jestem świadoma (-y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data, podpis)