**Załącznik nr 5 do SWZ**

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W SZCZECINKU**

78 – 400 Szczecinek ul. Wiatraczna 1

tel. +48 94 71 37 113 fax +48 94 71 37 101

www.pcpr.szczecinek.pl e-mail: pcprszczecinek@wp.pl

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………………………. ………………………………..

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) (miejscowość i data)

………………………………………………………….

(miejsce zamieszkania)

………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH**

**umożliwiających sprawdzenie w Rejestrze Sprawców Seksualnych**

**na podstawie art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym**

1. PESEL ………………………………………………………………………………………
2. Imię i nazwisko …………………………………………………………….………………..
3. Nazwisko rodowe ……………………………………………………..……………………..
4. Imię ojca …………..…………………..……………………..…………………………........
5. Imię matki ……………………………………………………………………………………
6. Data urodzenia ………………………………………………………………….……………

……………………………

podpis