

A) (miejsce, data).....

## OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA KIEROWNIKA APTEKI

Ja niżej podpisana/y/ .....posiadający prawo wykonywania zawodu farmaceuty nr (nr PWZ) ....., w związku z wnioskiem o wydanie rękojmi należytego prowadzenia przez mnie apteki ogólnodostępnej położonej w (adres apteki) .....należącej do (dane właściciela apteki).....

celem spełnienia wymogów określonych w treści art. 88 ust. 2 ustawy - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2016 poz. 2142ze zm.), świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy Kodeks Karny (Dz.U. nr 98 z 1997 r. poz. 553) oświadczam, że:

A) w okresie ..... tj. łącznie .....dni (łącznie ilość dni kalendarzowych) byłem zatrudniona/y/ jako magister farmacji w aptece na podstawie umowy o pracę w wymiarze .....(rodzaj etatu) a ponadto w w/w okresie:

1. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę z art. 174 KP (ilość dni .....)
2. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku chorobowego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
3. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku rehabilitacyjnego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
4. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku opiekuńczego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
5. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres ustalony przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu macierzyńskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
6. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres ustalony przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu rodzicielskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
7. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z urlopu wychowawczego zgodnie z art. 186 KP (ilość dni .....)
8. ponadto w w/w okresie z innych względów nie wykonywałam(em) pracy na stanowisku mgr farm. w aptece ogólnodostępnej (ilość dni .....)

B) w okresie ..... tj. łącznie .....dni (łącznie ilość dni kalendarzowych) byłem zatrudniona/y/ jako magister farmacji w aptece na podstawie umowy o pracę w wymiarze .....(rodzaj etatu) a ponadto w w/w okresie:

1. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę z art. 174 KP (ilość dni .....)
2. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku chorobowego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
3. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku rehabilitacyjnego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
4. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku opiekuńczego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
5. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres ustalony przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu macierzyńskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
6. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres ustalony przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu rodzicielskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....)
7. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z urlopu wychowawczego zgodnie z art. 186 KP (ilość dni .....)
8. ponadto w w/w okresie z innych względów nie wykonywałam(em) pracy na stanowisku mgr farm. w aptece ogólnodostępnej (ilość dni .....)

C) w okresie ..... tj.  
łącznie .....dni (łącznie ilość dni kalendarzowych) byłem zatrudniona/y/ jako  
magister farmacji w aptece na podstawie umowy o pracę w wymiarze .....(rodzaj  
etatu) a ponadto w w/w okresie:

1. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę z art. 174 KP (ilość dni .....
2. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku chorobowego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....
3. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku rehabilitacyjnego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....
4. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku opiekuńczego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....
5. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres ustalony przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu macierzyńskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....
6. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres ustalony przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu rodzicielskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (ilość dni .....
7. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)\* z urlopu wychowawczego zgodnie z art. 186 KP (ilość dni .....
8. ponadto w w/w okresie z innych względów nie wykonywałam(em) pracy na stanowisku mgr farm. w aptece ogólnodostępnej (ilość dni .....

D) w okresie ..... tj. łącznie  
..... dni (*łącznie ilość dni kalendarzowych*) byłem zatrudniona/y/ jako magister farmacji w  
aptece na podstawie umowy cywilnoprawnej w wymiarze.....(*ilość godzin tygodniowo lub*  
*miesięcznie*)

.....  
składający oświadczenie

.....  
przyjmujący oświadczenie

\* *niepotrzebne skreślić*

*Pozycje A)-C) poniższego oświadczenia dotyczą każdego z miejsc, w którym kandydat był lub jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę. W przypadku ich braku lub nadmiaru w stosunku do miejsc zatrudnienia należy je skreślić lub odpowiednio powielić. Pozycja D) dotyczy zatrudnienia na podstawie umowy cywilnoprawnej i analogicznie, w przypadku braku w stosunku do ilości miejsc zatrudnienia, należy powielić odpowiednią ilość razy.*