Wrocław, ……………………………..

Nazwa i adres jednostki szkolącej

Dolnośląski Urząd Wojewódzki

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

Pl. Powstańców Warszawy 1

50-153 Wrocław

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że dane ujęte w wykazie za …. kwartał/półrocze …… roku, są zgodne z zasadami naliczania dodatków do wynagrodzeń kierowników specjalizacji określonymi w umowie, stanem faktycznym oraz dokumentacją źródłową stanowiącą podstawę dokonanych wyliczeń, oraz wersją elektroniczną przekazanego wykazu.

……… …………………………………

Data Podpis i pieczątka kierownika jednostki szkolącej