

....., dnia2021 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż wobec świadczeniodawców wskazanych do kontroli:

- Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub będącą przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ponadto zobowiązuję się do:

- informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami świadczeniodawców wskazanych do kontroli.

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)