**Załącznik nr 1a**

do ustawy z dnia 18 października 2006 r.

o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa

z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2023 r. poz. 342)

**OŚWIADCZENIE LUSTRACYJNE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ja |  | | | | | |
|  | (imię i nazwisko, nazwisko rodowe, inne nazwiska używane w latach 1944–1990) | | | | | |
| syn\*/córka\* | | |  | | | |
|  | | | (imię ojca) | | | |
| urodzony/urodzona | | | |  | | |
|  | | | | (data i miejsce urodzenia) | | |
| zamieszkały/zamieszkała | | | | |  | |
|  | | | | | (adres zamieszkania) | |
| legitymujący się/legitymująca się | | | | | |  |
|  | | | | | | (nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, jego numer) |
| nr PESEL | |  | | | | |
|  | | (PESEL) | | | | |

wykonujący/wykonująca funkcję publiczną albo ubiegający się/ubiegająca się o objęcie lub wykonywanie funkcji

publicznej **członka Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (art. 4 pkt 186 ustawy)**

………….........................................................................................................................................................................................................................................................

(funkcja publiczna określona w art. 4 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach

organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów)

świadom/świadoma odpowiedzialności za złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia, po zapoznaniu się z treścią ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2023 r. poz. 342), oświadczam, że:

**nie pracowałem/nie pracowałam, nie pełniłem/nie pełniłam służby ani nie byłem/nie byłam współpracownikiem**\*

w rozumieniu art. 3a powołanej ustawy, organów bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 powołanej ustawy,   
w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r.

Łódź, dnia

............................................................ .....................................................................

(miejscowość, data) (własnoręczny podpis)

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

\* Właściwe podkreślić.