

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*imię i nazwisko pracownika*

.....  
*adres zamieszkania pracownika*

.....  
*nazwa pracodawcy*

.....  
*adres pracodawcy*

## OŚWIADCZENIE

W celu umożliwienia pracodawcy prawidłowej realizacji jego obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawnych, w szczególności ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (t. jedn.: Dz. U. z 2014 r., poz. 1502, z późn. zm.), ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (t. jedn.: Dz. U. z 2014 r., poz. 167) i ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (t. jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 192), niniejszym informuję, że zgodnie z art. 30 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 1 ustawy o związkach zawodowych moich praw broni i reprezentuje mnie Polski Związek Logopedów, którego jestem członkiem.

Polski Związek Logopedów z siedzibą w Warszawie (ul. Raszyńska 8/10, 02-026 Warszawa), jest wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000232339.

.....  
*podpis pracownika*