**……………………………………………..**

 (Imię i nazwisko)

**…………………………………………….**

**…………………………………………….**

**…………………………………………….**

 (Miejsce zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany, oświadczam, że:**

1. udostępnione mi do wglądu i w postaci skanu/kopii dokumenty archiwalne stanowiące zasoby Archiwum Wojewódzkiego Urzędu Ochrony Zabytków w Warszawie/delegatura w …………….. wykorzystam jedynie zgodnie z celem wskazanym we wniosku z dnia ………..……,
2. nie udostępnię uzyskanych informacji i/lub materiałów osobom nieuprawnionym,
3. uzyskane przeze mnie dane osobowe ewentualnie zawarte w udostępnionej mi dokumentacji nie będą wykorzystane publicznie ani w sposób naruszający prawa i wolności osób, których dane dotyczą i zobowiązuje się do zachowania ich w tajemnicy, a także sposoby ich zabezpieczenia,
4. znane są mi zapisy i odpowiedzialność karna wynikająca z art. 266 i 267 Kodeksu karnego.

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

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

# INFO WUOZ \_ ARCHIWUM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T. 22 827 08 58, 509 197 396\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_