**Č e s t n é v y h l á s e n i e**

**o splnení podmienok uvedených v § 40 ods. 3 zákona o vysokých školách a vylúčenie nezlučiteľnosti funkcií s prípadným členstvom v správnej rade verejnej vysokej školy podľa § 40 ods. 4 zákona o vysokých školách**

Meno, priezvisko, titul:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu:

Tel. kontakt:

E-mailová adresa:

Týmto záväzne vyhlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že spĺňam všetky podmienky na výkon funkcie člena správnej rady verejnej vysokej školy podľa § 40 ods. 3 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, t. j.:

* mám najmenej vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa
* mám najmenej štyri roky praxe v riadení v právnickej osobe
* mám schopnosti v oblasti nakladania s majetkom a finančnými prostriedkami právnickej osoby

Týmto tiež vylučujem nezlučiteľnosť funkcií s prípadným členstvom v správnej rade Univerzity veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach podľa § 40 ods. 4 zákona o vysokých školách.

V ......................................

Dňa ..................................

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

vlastnoručný podpis