

....., dnia .....

Imię

.....

Nazwisko

.....

Adres

.....

.....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym mi na podjęcie pracy  
na stanowisku: .....

.....

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis)