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

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

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

(miejscowość i data)

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

(miejsce zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym mi na podjęcie pracy na stanowisku …………………………………………………………………………………...

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

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

……………………………………………

(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)