……..................................., dnia ........................

Imię

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

Nazwisko

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

Adres

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

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

**OŚWIADCZENIE**

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

na stanowisku: ..……………………………………………………………………………….......................

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

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

………………………………… …………………………………

(miejscowość i data) (podpis)