………………………………… …………………………………

Imię i nazwisko miejscowość, data

…………………………………

Adres zamieszkania

…………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonanie pracy na stanowisku ……………………………………………….

…………………………………

podpis kandydata