………………………………… …………………………………

 Imię i nazwisko miejscowość, data

…………………………………

 Adres zamieszkania

…………………………………

**OŚWIADCZENIE**

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

 …………………………………

 podpis kandydata