……………………………………………………… ………………………………………

(imię i nazwisko składającego oświadczenie) (miejscowość i data)

………………………………………………………..

(data urodzenia)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONANIE PRACY**

**NA STANOWISKU ………….**

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

…………………………………………………..

(podpis kandydata)