………………………………………………. ……………………………………

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

……………………………………………….

(data urodzenia)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

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

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

…………………………………

(podpis kandydata)