

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

.....
(miejsowość i data)

.....
(data urodzenia)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

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

.....
.....

.....
(podpis kandydata)