………………………………………………. ……………………………………

(imię i nazwisko kandydata) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

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

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

…………………………………

(czytelny podpis kandydata)