………………………………………………. ……………………………………

 (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)