…………………………………………………….. …………………………………………… (imię i nazwisko) (miejscowość, data)

…………………………………………………….. (adres)

…………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym na podjęcie pracy na stanowisku ……………………………………………………………………………………………………….……. .

…………………………………………..

(podpis)