

**Oświadczenie kandydata o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy
na stanowisku, którego dotyczy nabór**

.....
(miejscowość , data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że stan mojego zdrowia pozwala na zatrudnienie mnie na stanowisku,
którego dotyczy nabór.

.....
(czytelny podpis)