……..................................., dnia ........................

Imię i nazwisko

.......................................................................

Adres

.......................................................................

.......................................................................

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym mi na podjęcie pracy na stanowisku: ..………………………………………………………………………………........................................

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

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

………………………………… …………………………………

 (miejscowość i data) (podpis)