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

*(miejscowość, data)*

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

*(imię i nazwisko)*

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

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

*(adres zamieszkania)*

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POTWIERDZAJĄCYM BRAK PRZECIWWSKAZAŃ DO PRACY NA STANOWISKU**

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

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

*(podpis kandydata)*