………….., dnia ……………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja……………………………………………………………. zamieszkały/ła …………………………………………………………………………… oświadczam, o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku …………………………………………………………………………………………...

……………………………………

*(podpis kandydata)*