…….…………………………………………….

 Miejscowość, data

…………………………………………………..

 Imię i nazwisko

…………………………………………………..

 Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA**

**WYKONYWANIE PRACY NA STANOWISKU OKREŚLONYM**

**W OGŁOSZENIU O NABORZE**

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

……………………………………………………..

 Podpis kandydata