

.....
miejscowość data

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE PRACY**

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

.....
podpis kandydata