………………………………………….

(miejscowość, data)

...................................................   
(imię i nazwisko)   
...................................................  
(adres zamieszkania)  
...................................................  
(dane kontaktowe)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany\*, legitymująca/legitymujący\* się dowodem osobistym serii ........ nr .......................... oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala  
na zatrudnienie na stanowisku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.................................................................................  
 (czytelny podpis kandydata)

\*wskazać właściwe