………………………………………….

(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