………………………………………….

(imię i nazwisko)

………………………………………….

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany (a) niniejszym oświadczam, że:

1. stan mojego zdrowia pozwala na zatrudnienie mnie na stanowisku …………………

……………………………………………………………………………………….….,

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………… | ……………………………………. |
| (Data) | (Podpis składającego oświadczenie) |