

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym

(seria i nr dowodu osobistego)

wydanym przez

oświadczam,

iż posiadam dobry stan zdrowia, aby świadczyć pracę na stanowisku

Lekarz weterynarii

w Schronisku dla Bezdomnych Zwierząt w Dobrej .

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis)