

# 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, pozwalający na zatrudnienie mnie na stanowisku:

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis)