**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 na stanowisku:

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

………………………………… …………………………………

(miejscowość, data) (podpis)