**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

ds. wymiaru podatków i opłat

w Zespole ds. Podatków i Opłat w Urzędzie Gminy Dobra.

………………………………… …………………………………

(miejscowość, data) (podpis)