…………………………………………………………

 (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………….……………………………………………………….……….,

zamieszkały/a ………………..………………………………………………………………………………. legitymujący/a się dowodem osobistym …………………………………………………………. wydanym przez ..………………………………………………………, świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż mój stan zdrowia

pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku ………………………………………………………….……….

 …………………….………..…………………….

 (podpis)