

.....
(miejsowość, 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)