………………………………………….. ……………………………………...

( miejscowość, data )

(imię i nazwisko)

…………………………………………..

(adres zamieszkania )

………………………………………….

( dane kontaktowe )

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/podpisana, legitymujący/legitymująca się dowodem osobistym serii …………nr …………………. oświadczam, że:

* stan mojego zdrowia pozwala na zatrudnienie mojej osoby na stanowisku ………………………………………………..….. .

………………………………………………..

(podpis kandydata)