………………………………………….. ……………………………………...

 ( 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)