…………………………………

 ( imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż mój stan zdrowia umożliwia mi podjęcie pracy na stanowisku: ………………………………………………………..…………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………… ………………………..

 (miejscowość i data) (podpis)