…………………………………

( imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

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

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

…………………………… ………………………..

(miejscowość i data) (podpis)