………………………………….. ………………………………

imię i nazwisko miejscowość, data

………………………………….

adres

 Zarząd Powiatu

 w Nowym Mieście Lubawskim

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na kierowniczym stanowisku – Dyrektora.

…………………………………………

 (podpis)