

.....
(imię/imiona i nazwisko)

.....
.....
(adres – miejsce zamieszkania)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Ja, niżej podpisany(a).....
oświadczam zgodnie z prawdą, że stan mojego zdrowia pozwala na podjęcie
zatrudnienia na stanowisku.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)