…………………………..

miejscowość, data

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych   
do wykonywania czynności na stanowisku ………………………..**

Ja niżej podpisany ……………………………………...

zamieszkały ……………………………………………

legitymujący się dowodem osobistym …………………

wydanym przez …………………………………………

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku ……………………..

……………………………………

(podpis)