………….………….………………………

 (miejscowość i data)

…………………………………………….

 (imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym seria ………………….
nr …………… wydanym przez………………………………………………………. oświadczam, iż znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym na podjęcie pracy na stanowisku …………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………..

 (podpis osoby składającej oświadczenie)