……..………………………….

 (miejscowość, data)

…………………………………….

 (imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE PRACY NA STANOWISKU OKREŚLONYM
W OGŁOSZENIU O NABORZE**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

…………………………………… (podpis )