

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania pracy na stanowisku**

(nazwa stanowiska)

Ja niżej podpisany(a).....

zamieszkały(a)

legitymujący(a) 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

(nazwa stanowiska)