………………………………… …………………………………

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

…………………………………

(adres zamieszkania)

…………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO WYKONYWANIA PRACY**

**DO CELÓW REKRUTACJI**

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 ……………………………………………………………...

…………………………………

(czytelny podpis kandydata)