**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Imię i nazwisko) (miejscowość, data)

**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 kandydata\*\*)

**\*)** niepotrzebne skreślić

\*\*) na oświadczeniu musi być złożony własnoręczny podpis.