

**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)