………………………………………..

(Miejscowość, data)

………………………………………….

(Imię i nazwisko)

…………………………………………

(Adres)

**Oświadczenia kandydata o stanie zdrowia**

Ja niżej podpisany/a oświadczam o braku przeciwskazań zdrowotnych do zatrudnienia mnie na stanowisku urzędniczym w Ośrodku Pomocy Społecznej w Dominowie.

………………………………………………..