………………………………………..

(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.

 ………………………………………………..