……………………………………………

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

Ja, niżej podpisany:

imię i nazwisko:……………...........................………………………………….

PESEL ……………………..........................................................................…......

miejsce zamieszkania: ……….................………………..………………………

…………………………………............................................................................

**oświadczam,**

iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku urzędniczym: ...........................................................................................................

 …………………………………………

(czytelny podpis)