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

*Imię (imiona) nazwisko Miejscowość, data*

…………………………………………………….

*Miejsce zamieszkania (adres korespondencyjny)*

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że stan mojego zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku objętym konkursem.

……………………..……………………………..

*(czytelny podpis składającego oświadczenie)*