

# OŚWIADCZENIE

1. Ja niżej podpisany/a .....

(imię i nazwisko)

2. zamieszkały/a .....

(adres zamieszkania)

3. legitymujący/a się dowodem osobistym .....

(seria i numer)

4. wydanym przez .....

## **o ś w i a d c z a m**

iż stan mojego zdrowia pozwala mi na zajmowanie stanowiska, o które się ubiegam.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)