

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)