



.....
miejsowość, data

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania czynności**

Ja niżej podpisany(a).....
zamieszkały(a)
legitymujący(a) się dowodem osobistym
wydanym przez

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k.
(podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na
wykonywanie pracy na stanowisku

.....
(podpis)