

OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU

.....
(nazwa stanowiska)

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

.....
(nazwa stanowiska)

.....
Data i podpis