

.....
miejsowość data

Oświadczenie

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku

.....
Ja, niżej podpisany(a), 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:
.....

.....
własnoręczny podpis