

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ
ZDROWOTNYCH**

Oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku
urzędniczym -

(stanowisko pracy)

.....
(podpis)