……………………………………………………..

………………………………………………………. (miejscowość, data)

(imię i nazwisko kandydata)

………………………………………………………...

…………………………………………………………

 (adres)

**OŚWIADCZENIE**

 Ja, niżej podpisany/a ………………………………………………………….. legitymujący/a się dowodem osobistym ……………………………………………. oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na podjęcie zatrudnienia na stanowisku określonym w procedurze naboru z dn. 23.07.2025 r.

……………………………………………….

 (podpis kandydata)