………………………………………..

 (Miejscowość, data)

………………………………………….

 (Imię i nazwisko)

…………………………………………

 (Adres)

**Oświadczenia kandydata o stanie zdrowia**

 Ja niżej podpisany/a oświadczam o braku przeciwskazań zdrowotnych do zatrudnienia mnie na stanowisku ds. wymiaru podatków w Urzędzie Gminy Dominowo.

 ………………………………………………..