

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania pracy na stanowisku**

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
w Domu Pomocy Społecznej w Chróście- Wsi.

.....
(data i podpis kandydata składającego oświadczenie)