

Załącznik nr 5 do ogłoszenia

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku

.....

(nazwa stanowiska)

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

(nazwa stanowiska)

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis)