………………………………………......................................

 ....................................................

 (miejscowość, data)

................................................................................

................................................................................

 (Imię i nazwisko, dane kontaktowe)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku urzędniczym określonym w naborze.

 .....................................................................

 (podpis osoby składającej oświadczenie)