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

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

(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)