**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………..

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym …………………………………………………………………………………………..

(seria i nr dowodu osobistego)

wydanym przez ………………………………………………….…………………………………………..

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego

przewidującego karę pozbawienia wolności do lat trzech za składanie fałszywych zeznań

**oświadczam**

iż znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym mi na podjęcie pracy na stanowisku

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

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

(miejscowość, data) (podpis)