**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH**

**DO PODJĘCIA PRACY**

Ja, niżej podpisana/-y ................................................................................................................

*(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

Zamieszkała/-y .........................................................................................................................................

*(Pełny adres wraz z kodem pocztowym składającego oświadczenie)*

Nr PESEL: ...................................................................................................................................................

świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy,

**oświadczam, że** mój stan zdrowia pozwala mi na podjęcie i wykonywanie pracy.

|  |  |
| --- | --- |
| ………..……………………… | ………………………….……………………… |
| (Miejscowość, data) | (Podpis Kandydata/Kandydatki) |