

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU
KIEROWNIK DZIAŁU ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZEGO**

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 kierownik działu administracyjno-gospodarczego w Domu Pomocy Społecznej w Jedlance.

.....
(podpis)