…….…………………………………………….

Miejscowość, data

…………………………………………………..

Imię i nazwisko

…………………………………………………..

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA**

**WYKONYWANIE PRACY NA STANOWISKU OKREŚLONYM**

**W OGŁOSZENIU O KONKURSIE**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli.

……………………………………………………..

Podpis kandydata