……..
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/Dyrektorki Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli.

……..
Podpis kandydata/ki