

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko kandydata)

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana, legitymująca się dowodem osobistym wydanym przez oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku pracy

.....
(podpis)