

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(adres)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ  
ZDROWOTNYCH**

Oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku  
urzędniczym - .....

(stanowisko pracy)

.....  
(podpis)