

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Ja , niżej podpisany/a

.....

zamieszkały/a

.....

legitymujący się dowodem osobistym seria Nr

wydanym przez

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku Kierownika Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kozienicach.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis)