Załącznik Nr 3 do Ogłoszenia

……….......................

 miejscowość, data

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania czynności zastępcy kierownika**

Ja niżej podpisany(a)……………………………………………….…

zamieszkały(a) …………………………………………………..........

legitymujący(a) się dowodem osobistym ………………………….…

wydanym przez ………………………………………........................

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 K.K. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku zastępca kierownika w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kozienicach.

…………………………………………

(podpis)