

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU**

.....
(nazwa stanowiska)

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

.....
(nazwa stanowiska)

.....
Data i podpis