

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Ja, niżej podpisany/a.....

zamieszkały/a.....

legitymujący się dowodem osobistym

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)

.....
(czytelny podpis)