

OŚWIADCZENIE
o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania pracy

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam

iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku -
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)