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)