………………………………………………………., dnia ………………………………………..

(miejscowość)

…………………………………………………....

imię i nazwisko

…………………………………………………….

…………………………………………………….

adres

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku urzędniczym – specjalista ds. kadrowo - płacowych.

………………………………………………

 czytelny podpis