…………………....…………, ………..…………..

miejscowość, data

**Oświadczenie**

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy**

**na stanowisku ……………………………………………………**

**w Miejsko- Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Morawicy**

 Ja, niżej podpisany(a), 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 ……………………………………………………….………………….. w Miejsko- Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Morawicy.

..........................................................................

własnoręczny podpis