

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE PRACY
NA STANOWISKU**

.....
W
(nazwa pracodawcy)

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku

.....
(podpis oświadczającego)