Załącznik Nr 2

 ……………………………………………

 *(miejscowość, data)*

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………….…………………………………………………,

zamieszkały/a ………………..………………………………………………………………………………. legitymujący/a się dowodem osobistym …………………………………………………………. wydanym przez ..………………………………………………………, świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku ………………………………………………………….…………………………………………………………… .

…………………….………..…………………….

*(podpis)*