Złotów, dnia …………………..

………………………………

………………………………

………………………………

 (Imię i nazwisko, adres)

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

 Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku

…………………………………………………………………………….

……………………………………………..

(podpis)