Złotów, dnia …………………..

………………………………

………………………………

………………………………

(Imię i nazwisko, adres)

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

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

……………………………………………..

(podpis)