**Oświadczenie o braku przeciwskazań zdrowotnych**

Ja niżej podpisany ……………………………………………………………………………………………………………………..,

zamieszkały ……………………………………………………………………………………………………………………..,

(adres zamieszkania)

legitymujący się dowodem osobistym ……………………………………, wydanym przez ……………………………..

(seria i numer) (nazwa organu)

świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam,

że brak jest przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania przez mnie pracy na stanowisku specjalisty.

Konin, …………………………….… ……………………..…………………….………….

(data) (podpis)