

Oświadczenie
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy

Ja niżej podpisany(a).....
zamieszkały(a)
legitymujący(a) się dowodem osobistym
wydanym przez

oświadczam,

iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku
..... w Domu Pomocy Społecznej w Bolesławcu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

Niniejsze oświadczenie wnioskodawca składa pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

.....
(podpis)