

.....,2021r.

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania pracy na stanowisku**

.....

Ja niżej podpisana/y, Zamieszkała/y
....., legitymująca się dowodem
osobistym wydanym przez,
świadoma odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k.
(podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia
pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku
.....
w Regionalnej Placówce Opiekuńczo-Terapeutycznej w Ignatkach-Osiedle.