**OŚWIADCZENIE o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy do celów rekrutacji**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………...……………………………………….……

 (imię i nazwisko)

 zamieszkały/a …………………………………………………………………………………..........................................…

 (adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym ……………………………………………………………….…………………....

wydanym przez …………………………………………………………………………………………………………….……..….

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 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’’

 oświadczam

iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku Specjalista ds. wdrażania lokalnej strategii rozwoju i administracji.

……………………………………… …………………………………………………….

(miejscowość i data) (podpis osoby składającej oświadczenie)