**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych   
do wykonywania pracy na stanowisku ds. planowania przestrzennego**

Ja niżej podpisany(a)……………………………………………….…

zamieszkały(a) …………………………………………………..........

legitymujący(a) się dowodem osobistym ………………………….…

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

świadomy/a 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 ds. planowania przestrzennego.

…………………………………… …………………………………..

(miejscowość, data) (podpis)