

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

do wykonywania pracy na :

Stanowisko ds. planowania przestrzennego w Urzędzie Gminy Wojciechów

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 w Urzędzie Gminy Wojciechów.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

