*Załącznik nr 3*

*do naboru na stanowisko urzędnicze*

**OSWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH**

**DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU**

**SPECJALISTY DS. KADR I PŁAC**

Ja niżej podpisany (a) ..................................................................................................................., urodzony (a) dnia .................................................... w ....................................., zamieszkały (a)
w ................................................................................. 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 ……………………………………………..…….. w Domu Pomocy Społecznej w Raczkowej.

 …………………………………………

(podpis)