

.....
(miejsowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Oświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku Referent do spraw kadrowych w Zespole Szkół Nr 2 im. Zygmunta Wolskiego w Sierpcu.

Data i podpis osoby