

....., dnia.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że;

1. Mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku ds. świadczeń.
2. Nie byłem(-am) karany(-a) i nie jest prowadzone wobec mnie żadne postępowanie karne.
3. Posiadam polskie obywatelstwo.

.....
czytelny podpis