

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

.....
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria

.....Nr.

wydanym przez

.....

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2024r. poz. 17) przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 za składanie fałszywych zeznań:

oświadczam

że mój stan zdrowia pozwala na zatrudnienie na stanowisku objętym naborem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)