**OŚWIADCZENIE**

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy**

**do celów rekrutacji**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………...………

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………...…

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym ………………………………………………………………....

wydanym przez ……………………………………………………………………………………………..….

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego – ,,Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3’’

**oświadczam**

iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku specjalisty
ds. ewaluacji i monitoringu.

……………………………………… …………………………………………….

(miejscowość i data) (podpis osoby składającej oświadczenie)