|  |  |
| --- | --- |
|  | data……………………… |
| ………………………………………  imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie |  |

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych   
do wykonywania pracy na stanowisku ds. płacowo-kadrowych  
 i finansowo-organizacyjnych w Urzędzie Gminy Zwierzyn**

Oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku urzędniczym ds. płacowo-kadrowych i finansowo-organizacyjnych w Urzędzie Gminy Zwierzyn.

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

……………………………………

czytelny podpis osoby   
składającej oświadczenie