

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym mi na podjęcie pracy
na stanowisku:.....

.....
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu.

.....
(podpis kandydata)