**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU**

**DYREKTORA ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W ŁĘCZNEJ**

Ja niżej podpisany/a

……………………………...……………………………………………………………….….

 *(imię i nazwisko)*

zamieszkały/a

……………………………………………………………...………………………………….. *(adres zamieszkania)*

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na kierowniczym stanowisku urzędniczym - dyrektora Środowiskowego Domu Samopomocy w Łęcznej.

………………………………………. ………………………………………

*(miejscowość, data) (podpis)*