

.....  
miejsowość, data

## **Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności młodszego bibliotekarza**

Ja niżej podpisany(a) .....

zamieszkały(a) .....

.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym .....

(seria i nr)

wydanym przez .....

(przez kogo wydany)

W .....

(miejsce wydania)

dnia .....

(data wydania)

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 stanowisku młodszego bibliotekarza w Gminnym Centrum Biblioteczno – Kulturalnym w Wyszkach.

.....  
(czytelny podpis)