

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO WYKONYWANIA PRACY
NA STANOWISKU NAUCZYCIELA BIBLIOTEKARZA**

Ja, niżej podpisany/a

(imię/imiona i nazwisko)

oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku nauczyciela bibliotekarza.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis)