

## OŚWIADCZENIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy do celów rekrutacji

Ja niżej podpisany(a) .....

zamieszkały(a) .....

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

wydanym przez:.....

### Oświadczam

iż mój stan zdrowia pozwala/nie pozwala mi na wykonywanie pracy na

stanowisku.....

(nazwa stanowiska)

.....

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r., poz. 922 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 21 listopada 2008r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2016r., poz. 902).

Oświadczam, że dane w ofercie są prawdziwe.

**Jestem świadom/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis)