

Ostróda, .....

.....  
(nazwisko i imię)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że mój stan zdrowia umożliwia wykonywanie pracy na stanowisku Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy.

.....  
(czytelny podpis)