................................................................

imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/ ny oświadczam, że:

1. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
2. stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku pielęgniarz / pielęgniarka.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *miejscowość i data* | *czytelny podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie* |