………………………………….. ………………………………

imię i nazwisko miejscowość, data

………………………………….

adres

Zarząd Powiatu

w Nowym Mieście Lubawskim

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na kierowniczym stanowisku – Dyrektora.

…………………………………………

(podpis)