

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany* oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych,
- mój stan zdrowia pozwala na zatrudnienie na stanowisku ds. administracyjnych i administratora systemu SILP,
- nie byłam karana/nie byłem karany* za przestępstwa popełnione umyślnie.

.....
(podpis kandydata)

* niepotrzebne skreślić