

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH  
DO WYKONYWANIA PRACY  
NA STANOWISKU NAUCZYCIELA BIBLIOTEKARZA/NAUCZYCIELKI  
BIBLIOTEKARKI**

Ja, niżej podpisany/a .....  
(imię/imiona i nazwisko)

oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku  
nauczyciel bibliotekarz/nauczycielka bibliotekarka.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis)