

....., dnia r.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(Telefon kontaktowy)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Cel oświadczenia

Cel złożenia oświadczenia	
---------------------------	--

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na

W chwili składania niniejszego oświadczenia nie jestem świadomy/a żadnych przeciwwskazań zdrowotnych, które mogłyby uniemożliwiać

Informacje o stanie zdrowia

- ☐ Nie choruję na żadne choroby przewlekłe
- ☐ Choruję na choroby przewlekłe (wymienione poniżej)
- ☐ Nie przyjmuję żadnych leków na stałe
- ☐ Przyjmuję leki na stałe (wymienione poniżej)
- ☐ Nie posiadam orzeczonej niepełnosprawności
- ☐ Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

Informacje dodatkowe (wypełnić jeśli dotyczy)

Choroby przewlekłe / schorzenia	
Przyjmowane leki	
Stopień niepełnosprawności / nr orzeczenia	

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)