**Oświadczenie**

**o braku przeciwskazań zdrowotnych do zajmowania funkcji**

**Wiceprezesa Zarządu ds. Likwidacji Kopalń**

Ja niżej podpisany / a …………………………………………………………………………….

Zamieszkały / a…………………………………………………………………………………..

Legitymujący / a się dowodem osobistym ……………………………………………………..

wydanym przez ………………………………………………………………………………….

**oświadczam**

iż mój stan zdrowia pozwala na pełnienie funkcji ……………………………………………….

 (podać nazwę funkcji)

…………………………………………… ……………………………………

 (miejscowość, data) (podpis)