**OŚWIADCZENIE**

**o braku przeciwskazań zdrowotnych do zajmowania funkcji**

**Wiceprezesa Zarządu Spółki Restrukturyzacji Kopalń S.A.**

Ja niżej podpisany/na ……………………………………………………………………………

Zamieszkały/ła ………………………………………………………………………………..

Legitymujący/ca się dowodem osobistym ……………………………………………………..

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

**oświadczam**

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

 (podać nazwę funkcji)

…………………………………………… ……………………………………

 (miejscowość, data) (podpis)