Łódź, dnia…………………………

……………………………….……………..

*(imię i nazwisko kandydata/kandydatki)*

**Oświadczam, że:**

nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania obowiązków na stanowisku ………………………………………………………………………………………………… w Centrum Rozwoju Edukacji Województwa Łódzkiego w Łodzi.

……...……...……………..……………..

 *(data i czytelny podpis kandydata/kandydatki)*