

**OŚWIADCZENIE**  
**o braku przeciwwskazań 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)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)