Warszawa, dn. ……………………………….. r.

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych   
do pracy z urządzeniem Steadicam**

Ja niżej podpisany, ………………………………………………………………………………………………………….., zamieszkały ……………………………………………………………………………………………………………….. legitymujący się dowodem osobistym nr ………………………………………………………….

wydanym przez ………………………………………………………………

świadomy odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy z urządzeniem Steadicam.

…………………………………………

(podpis)