

.....
miejsowość, data

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań
zdrowotnych do wykonywania czynności
asystenta rodziny**

Ja niżej podpisany(a).....
zamieszkały(a)

.....
.....
legitymujący(a) się dowodem osobistym
wydanym przez

.....
świadomy/a 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 na stanowisku asystenta rodziny w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej
w Nowym Targu.