

OŚWIADCZENIE

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy
do celów rekrutacji**

Ja niżej podpisany(a).....

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)

(adres)

legitymujący(a) się dowodem osobistym

wydanym przez

Oświadczam,

iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku asystenta rodziny
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Trzebiatowie .

.....

(miejscowość, data)

* Właściwe podkreślić