

.....
miejscowość data

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE
PRACY NA STANOWISKU ASYSTENT RODZINY**

Niniejszym oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku asystent osoby niepełnosprawnej.

.....
podpis kandydata