

.....

(imię i nazwisko)

.....

(miejsowość, data)

.....

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE PRACY NA STANOWISKU
ASYSTENTA**

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

.....

(podpis kandydata)