

.....

(imię i nazwisko)

.....

.....

adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/nie posiadam*
przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków Asystenta rodziny.

Data,

(podpis)

* niepotrzebne skreślić