

.....

(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