

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU PRACOWNIK SOCJALNY**

.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku Pracownik Socjalny.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej na złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis kandydata)