

.....
(imię i nazwisko)

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/nie posiadam* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków Wychowawcy w placówce wsparcia dziennego - Placówka Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży z terenu Powiatu Dąbrowskiego.

Data,

.....

(podpis)

* niepotrzebne skreślić