Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku opiekunki

Ja niżej podpisany/a ……..……..……..
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a ……...……..
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym …….
(seria i nr dowodu osobistego)

wydanym przez ……...……..

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku opiekunki.

……. (miejscowość, data)

……. (podpis)