……..
miejscowość, data

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania czynności asystenta rodziny

Ja niżej podpisany(a)……
zamieszkały(a) ……
legitymujący(a) się dowodem osobistym ……
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 asystenta rodziny w Ośrodku Pomocy Społecznej w Karnicach.