
(imię i nazwisko)

(miejsowość, data)

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM
NA WYKONYWANIE CZYNNOŚCI OKREŚLONYCH
W OGŁOSZENIU**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy
asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

(podpis)