………………………………… …………………………………

 Imię i nazwisko miejscowość, data

…………………………………

 Adres zamieszkania

…………………………………

**OŚWIADCZENIE**

 **O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE PRACY**

**NA STANOWISKU OPIEKUNA DZIENNEGO**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonanie pracy na stanowisku opiekuna dziennego.

 …………………………………

 podpis kandydata