………………………………… …………………………………

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