

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU TERAPEUTY/INSTRUKTORA
TERAPII ZAJĘCIOWEJ W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY
W BIAŁEJ RAWSKIEJ**

Ja niżej podpisany/a

.....

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

.....

(adres zamieszkania)

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 terapeuty/instruktora terapii zajęciowej w Środowiskowym Domu Samopomocy w Białej Rawskiej.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis)