………………………………………………… ……………………………………………

 (imię i nazwisko) (miejscowość, data)

………………………………………………..

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE PRACY NA STANOWISKU ASYSTENTA**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku

asystent osobisty osoby niepełnosprawnej.

 ……………………………………….

 (podpis kandydata)