Załącznik nr 4

Olkusz, dnia ………………

 (miejscowość, data)

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania czynności pracownika socjalnego**

Ja niżej podpisany(a)…………………………………………………………………………………………..……….…

zamieszkały(a) ………………………………………………………………………………………..……………..........

legitymujący(a) się dowodem osobistym ……………………………………………………………..…….…

wydanym przez ……………………………………….........................................................................

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 kierownika zespołu ds. rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

…………………………………..…………

(podpis)