

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH  
DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU KIEROWNIKA DZIAŁU  
TERAPEUTYCZNO-OPIEKUŃCZEGO**

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 działu terapeutyczno-opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej w Jedlance.

.....  
(podpis)