Załącznik nr 5

…………………………………….

 imię i nazwisko

…………………………………….

 adres zamieszkania

…………………………………..

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/nie posiadam\* przeciwskazań

zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków Asystenta rodziny

…………………………….

(data i podpis)

\* niepotrzebne skreślić