

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/nie posiadam* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

.....
(data i podpis)

* niepotrzebne skreślić