Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a, .................................................................................................................

 (nazwisko i imię)

legitymujący/a się dowodem osobistym ...................................................................................

 (seria i numer dowodu)

zamieszkały/a ...........................................................................................................................

 (adres zamieszkania)

**świadomy/a odpowiedzialności prawnej za składanie fałszywych oświadczeń** oświadczam, że posiadam stan zdrowia umożliwiający świadczenie opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, w tym nie choruję na przewlekłe choroby zakaźne.

…………………………………….. .................................................................................

 Miejscowość i data Podpis składającego oświadczenie