

.....
(imię i nazwisko)

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/ nie posiadam* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków asystenta rodziny.

Data,

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić