

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania pracy na stanowisku pracownika socjalnego**

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 pracownika socjalnego w Miejsko-Gminnym Ośrodku
Pomocy Społecznej w Stawiszynie.

.....
(podpis)