

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI PODINSPEKTORA DS. ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH**

Ja, niżej podpisany/a

.....

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

.....

(adres zamieszkania)

legitymujący się dowodem osobistym serii nr, 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 podinspektora ds. świadczeń rodzinnych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Dobrej.

....., dn.

(miejscowość, data)

.....

podpis: czytelny, odręczny)