

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

/ Imię i nazwisko /

Zamieszkały/a

/ adres zamieszkania /

Legitymujący/a się dowodem osobistym

Wydany przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat trzech za składanie fałszywych zeznań

oświadczam

iż mój stan zdrowia pozwala na podjęcie zatrudnienia na stanowisku pracownik socjalny

.....

/ miejscowość, data /

.....

/ podpis /