

.....

imię i nazwisko

.....

.....

adres zamieszkania

### OŚWIADCZENIE

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/nie posiadam\* przeciw-  
wskazań zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków Asystenta rodziny.

.....

miejsowość i data

.....

podpis osoby oświadczającej

\* niepotrzebne skreślić