*WZÓR*

*……………………………………….*

 *Miejscowość, data*

*………………………………………………….*

 *Imię i nazwisko kandydata*

*………………………………………………….*

*………………………………………………….*

 *Adres zamieszkania*

# OŚWIADCZENIE

O braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku pomoc opiekuna świetlicy wiejskiej.

*………………………………………………….*

*Podpis kandydata*