

.....
miejscowość, data

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania czynności 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 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. ” oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku pracownika socjalnego w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Dobrzyniewie Dużym

.....
(podpis)