

.....
(miejsowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku OPIEKUNA, w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.

.....
(czytelny podpis, data)