..................................................

(miejscowość i data)

...................................................

(imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM**

**NA WYKONYWANIE PRACY**

**NA STANOWISKU ASYSTENTA**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością.

 ...........................................................

 (czytelny podpis)