

Załącznik nr 6

.....
(imię i nazwisko)

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/nie posiadam* przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków Wychowawcy w placówce wsparcia dziennego - Świetlicy Środowiskowej.

Data,

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić