**Załącznik nr 3**

…………………………………………

(miejscowość i data)

…………………… …………………..

(imię i nazwisko)

…………………………………………….….

(adres zamieszkania)

…………………………………………………

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku Asystenta Rodziny.

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

“Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

……………………………

(własnoręczny podpis)