………………………………..

miejscowość, data

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych   
do wykonywania czynności kandydata  
do prowadzenia zajęć w ramach   
„programu oddziaływań korekcyjno - edukacyjnych   
dla osób stosujących przemoc w rodzinie”**

Ja niżej podpisany(a)……………………………………………….…

zamieszkały(a) …………………………………………………..........

legitymujący(a) się dowodem osobistym ………………………….…

wydanym przez ………………………………………........................

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku ……………..…

…………………………………………

(podpis)