



.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
POZWALAJĄCYM NA ŚWIADCZENIE USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na świadczenie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej na podstawie umowy zlecenie.

.....
(podpis kandydata)