



.....
(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)