

.....  
Imię i nazwisko

.....  
miejsowość, data

.....  
Adres zamieszkania

### **Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

Niniejszym oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy określonej w zapytaniu ofertowym pn: *„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności w ramach realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2023”.*”

.....  
podpis