

.....
Imię i nazwisko

.....
miejscowość, 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 asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jako ogólnodostępnej formy wsparcia dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z wskazaniami konieczności stałej i długotrwałej opieki oraz dla osób niepełnosprawnych o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, traktowaniu na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art.5 i art 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, w ramach realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023*”

.....
podpis