

.....
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 asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, którego celem jest ogólnodostępne wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowania w życiu społecznym osób niepełnosprawnych mające na celu zwiększania szans osób niepełnosprawnych na prowadzenie bardziej samodzielnego i aktywnego życia”**

.....
podpis