

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług**

Ja niżej podpisana/y.....

zamieszkała/y.....

.....

świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę
pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

mój stan zdrowia pozwala mi świadczyć usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)