Załącznik Nr 3 do ogłoszenia

……….......................

 miejscowość, data

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania czynności na stanowisku pracownik socjalny**

Ja niżej podpisany(a)……………………………………………….…

zamieszkały(a) …………………………………………………..........

legitymujący(a) się dowodem osobistym ………………………….…

wydanym przez ………………………………………........................

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 K.K. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku pracownik socjalny w Ośrodku Pomocy Społecznej
w Kozienicach.

…………………………………………

(podpis)