……………………………………

(miejscowość, data)

…………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………

…………………………………

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Niniejszym oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie usług opiekuńczych.

……………………………………

(podpis kandydata/ki)