……………………………………

(miejscowość, data)

…………………………………

 (imię i nazwisko)

…………………………………

…………………………………

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

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie usług opieki wytchnieniowej.

……………………………………

(podpis kandydata)