…………………………

 (miejscowość, data)

…………………………………………………

 (imię i nazwisko)

…………………………………………………

 (adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku określonym**

**w ogłoszeniu o naborze**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku pracownik socjalny.

 ……………………………….

 (czytelny podpis)