

.....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko
.....

.....
adres

OŚWIADCZENIE
o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wykonywania pracy

Ja, niżej podpisana, oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku logopedy/neurologopedy/terapeuty integracji sensorycznej w Zespole Placówek Szkolno - Wychowawczo - Rewalidacyjnych w Cieszynie.

Niniejsze oświadczenie składam pouczona o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karnego (Dz. U z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.).

.....
(czytelny podpis)