***Załącznik nr 6***

…………………………………….

(imię i nazwisko)

…………………………………….

adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/nie posiadam\* przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków Asystenta rodziny

Data, ………………. ……………………………………….

 (podpis)

\* niepotrzebne skreślić