**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………….

 (imię i nazwisko)

zamieszkały/a ……………………………………………….

 (adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym ………………………………………………..

 (seria i nr dowodu osobistego)

wydanym przez ………………………………………………..

oświadczam,

iż posiadam dobry stan zdrowia, aby świadczyć pracę na stanowisku

Kierownika

Ośrodka Pomocy Społecznej w Dobrej.

………………………………… …………………………………

 (miejscowość, data) (podpis)