**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, pozwalający na zatrudnienie mnie na stanowisku:

**ds. Dodatków mieszkaniowych, energetycznych, obsługi Zespołu Interdyscyplinarnego i programów zdrowotnych Gminy Dobra w Ośrodku Pomocy Społecznej w Dobrej.**

………………………………… …………………………………

(miejscowość, data) (podpis)