**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)