

Załącznik nr 3 do ogłoszenia o naborze

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO WYKONYWANIA
CZYNNOŚCI REFERENTA DS. ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH I FUNDUSZU
ALIMENTACYJNEGO**

Ja, niżej podpisany/a(imię i
nazwisko) zamieszkały/a
(adres zamieszkania) legitymujący się dowodem osobistym serii nr, świadomy/a
odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie
nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku referenta ds.
świadczeń rodzinnych i funduszu alimentacyjnego w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej
w Rychwale.....,
dn.
(miejsowość, data)

(podpis: czytelny, odręczny)