

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a).....

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a).....

(adres zamieszkania)

legitymujący się dowodem osobistym.....

wydanym przez.....

**Świadomy(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1
Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy
do lat 8 za składanie fałszywych zeznań,**

Oświadczam, iż

- **nie posiadam/posiadam** pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych.
- mój stan zdrowia **nie pozwala/pozwala** mi na wykonywanie usługi opieki wytchnieniowej

.....
(podpis)