**Załącznik nr 4**

do ogłoszenia o naborze kandydatów na wolne stanowisko
 w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kamieniu Pomorskim

............................................................ ...................................................
 (imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) (miejscowość i data)

...........................................................
 (miejsce zamieszkania)

..........................................................

**Oświadczenie o stanie zdrowia**

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku PRACOWNIK SOCJALNY oraz obsługę monitora ekranowego.

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu
Karnego:

*“Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.*

............................................................................

 (Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)