

.....

imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

O Ś W I A D C Z E N I E

W związku z ubieganiem się o zatrudnienie w Ośrodku Pomocy Społecznej w Zaborze na stanowisku pracownika socjalnego informuję, że posiadam stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, znaczny*)

Przyznany przez

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

.....

miejsce i data złożenia oświadczenia

*wpisać właściwe