



Załącznik nr 4

Oświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie usług psychologicznych

Ja niżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a.....
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym

wydanym przez.....

oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy psychologa.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)