**……………………., dn. ………………….**

**miejscowość Data**

**…………………….………………….**

**Imię i nazwisko**

**…………………….………………….**

**Adres zamieszkania**

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania przeze mnie funkcji Aminatora.

**…………………….………………….**

**Czytelny podpis**