

Kołobrzeg, dnia

Nazwisko i imię:

miejsce zamieszkania – kod pocztowy, miejscowość:

.....

ulica, nr mieszkania:.....

.....

telefon:

PESEL _ _ _ _ _

OŚWIADCZENIE

**dla osób mających obiektywne i niemożliwe do przewyciężenia we własnym zakresie
trudności w samodzielnym dotarciu do najbliższego
miejsca zamieszkania punktu szczepień**

Oświadczam, że posiadam obiektywne i niemożliwe do przewyciężenia trudności w samodzielnym dotarciu do najbliższego miejscu zamieszkania punktu szczepień we własnym zakresie polegające na:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)