……………………………………….

*(imię i nazwisko pacjenta)*

……………………………………….

*(adres zamieszkania)*

……………………………………….

*(numer telefonu kontaktowego)*

……………………………………….

*Kod niepełnosprawności*

*(R lub N lub odpowiednio I grupa z w/w schorzeniami)*

*- jeśli dotyczy-*

**Urząd Gminy Jasieniec**

**ul. Warecka 42**

**05-604 Jasieniec**

**OŚWIADCZENIE**

**o korzystaniu z gminnego transportu**

Oświadczam, że w dniu ……………………… 2021 roku korzystałem/am   
z gminnego transportu do szczepień na COVID-19 z miejsca zamieszkania   
do punktu szczepień w miejscowości ……………………. .

…………………….

(podpis pacjenta)