**Chrostkowo , …………………**

**(miejscowość, data )**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Ja , ……………………………………………………………….. , …………………………………**

**imię i nazwisko data urodzenia, PESEL**

**zam. ……………………………………………………………………………………………………**

**( adres )**

**oświadczam , iż**

|  |
| --- |
|  |

**Nie mam możliwości samodzielnego dotarcia do punktu szczepień w Chrostkowie tj. do Poradni Lekarza Rodzinnego w Chrostkowie .**

|  |
| --- |
|  |

**Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N lub odpowiednio I grupę z w/w schorzeniami .**

**………………………………………………**

**(własnoręczny podpis )**