**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 )**