……………………………………………. ……………………………..

(imię, nazwisko) (miejscowość, data)

…………………………………………….

(adres)

……………………………………………

(telefon)

OŚWIADCZENIE O POTRZEBIE ZAPEWNIENIA PRZEZ GMINĘ TRANSPORTU NA SZCZEPIENIE

 Oświadczam, że :

🞏 Nie mam możliwości samodzielnego dotarcia do punktu szczepień z powodu ………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

🞏 dysponuje orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności o kodzie R lub N lub odpowiednio I grupę z ww. schorzeniami.

🞏 umówiony termin i godzina szczepienia to …………………………….

 ……………………………………………..

 (podpis)