

OŚWIADCZENIE

Program polityki zdrowotnej

w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Dotyczy uczestnika/uczestniczki.....

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam,
jestem zameldowany na pobyt stały/ na pobyt czasowy * w Gminie Kleszczów.

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

*niepotrzebne skreślić

Zweryfikowano wiek uczestnika.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć