Inowrocław, dnia ………………………………….

………………………………………………………………….

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, PESEL oraz adres zamieszkania

osoby składającej oświadczenie)

**OŚWIADCZENIE**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż ze względu na stan zdrowia nie jestem wstanie wykonać co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, w związku z czym jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Data i czytelny podpis …………………………………………………………..…….