

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

nr PESEL .....

zamieszkały/a w .....  
(dokładny adres)

### **oświadczam\*:**

- że nie mam możliwości samodzielnego dotarcia do punktu szczepień;
- dysponuję aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N lub odpowiednio I grupę z w/w schorzeniami\*

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(własnoręczny podpis)

- niepotrzebne skreślić

*Oświadczenie dotyczy zorganizowanego przez Gminę Zbąszynek transportu (dowozu) uprawnionych osób, do punktu szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2. Decyzja Wojewody Lubuskiego nr BZK-I.6333.8.2021.*