OŚWIADCZENIE

 o potrzebie skorzystania z transportu organizowanego przez Wójta Gminy Stara Błotnica na szczepienie przeciw COVID-19

 Imię i nazwisko .................................................................

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

 jestem uprawniony do korzystania z bezpłatnego transportu na szczepienia przeciwko COVID-19 organizowanego przez Wójta Gminy Stara Błotnica.

Jestem osobą z niepełnosprawnością i posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N lub I grupę z ww. schorzeniami. Orzeczenie wydane przez ………………………………… ................................................................................ z dnia ................................ znak / numer ……………...................................................

 nie mam możliwości samodzielnego dotarcia do Punktu Szczepień.

Oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego dotarcia do Punktu

…………………………………. …………………………..

Czytelny podpis Korzystającego (lub opiekuna) Czytelny podpis kierowcy