SR

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O NIEKORZYSTANIU PRZEZ WIĘCEJ NIŻ 5 DNI W TYGODNIU Z CAŁODOBOWEJ OPIEKI NAD DZIECKIEM UMIESZCZONYM W PLACÓWCE ZAPEWNIAJĄCEJ CAŁODOBOWĄ OPIEKĘ, W TYM W SPECJALNYM OŚRODKU SZKOLNO-WYCHOWAWCZYM

1. DANE WNIOSKODAWCY

Imię	Nazwisko
Numer PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]

2. DANE DZIECKA, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE

Imię	Nazwisko
Numer PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]

1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

☐ *) Oświadczam, że **nie korzystam** przez więcej niż 5 dni w tygodniu z całodobowej opieki nad dzieckiem umieszczonym w placówce zapewniającej całodobową opiekę, w tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym (z wyjątkiem podmiotów wykonujących działalność leczniczą).

☐ *) Oświadczam, że **korzystam** przez więcej niż 5 dni w tygodniu z całodobowej opieki nad dzieckiem umieszczonym w placówce zapewniającej całodobową opiekę, w tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym (z wyjątkiem podmiotów wykonujących działalność leczniczą).

(Należy podać nazwę i adres placówki)

*) właściwe zaznaczyć znakiem „X"

Nazwa i adres placówki:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(miejscowość)	(data: dd / mm / rrr)	(podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 61 622 24 44 **OPS SR 415**