

Łaziska Górne, dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, **oświadczam dobrowolnie:**

1. korzystam/ nie korzystam* z rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu w zakresie usług świadczonych w ramach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych realizowanych bezpłatnie przez : NFZ /NZOZ – jakie świadczenie i ilość godzin/ miesięcznie.....

a jeżeli nie korzystam to dlaczego ?.....

2 . korzystam/ nie korzystam* z zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno- wychowawczych o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19.sierpnia 1994r o ochronie zdrowia psychicznego w ramach zajęć szkolno- przedszkolnych – jakie świadczenie i ilość godzin / miesięcznie.....

a jeżeli nie korzystam to dlaczego?.....

.....
Oświadczenie podpisano w obecności:

.....
Własnoręczny podpis

* właściwe podkreślić