

TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
adres e-mail, nr telefonu

OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO WROCŁAWSKIEJ SZKOŁY RODZENIA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja, niżej podpisana/yoświadczam, że zamieszkuję pod adresem

.....
podpis kandydatki

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....
podpis kandydatki

niewłaściwie skreślić

Projekt "Wrocławska Szkoła Rodzenia dla Osób z Niepełnosprawnością" współfinansowany jest przez Gminę Wrocław www.wroclaw.pl. Dotyczy mieszkańców Wrocławia i jest bezpłatny. Wrocławska Szkoła Rodzenia realizowana jest we współpracy z Wydziałem Zdrowia i Spraw Społecznych UM Wrocławia ze środków Gminy Wrocław [Wroclove].