

.....  
miejsowość, data

## **OŚWIADCZENIE O SAMOTNYM WYCHOWYWANIU DZIECKA/DZIECI**

Ja niżej podpisana/y .....

imię nazwisko lekarza/lekarza dentysty

numer prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty .....

oświadczam, że samotnie wychowuję:

.....  
imię i nazwisko dziecka

.....  
imię i nazwisko dziecka

.....  
imię i nazwisko dziecka

.....  
imię i nazwisko dziecka

.....  
podpis i pieczęć imienna lekarza