Imię_____

Nazwisko_____

Miejscowość_____

Oświadczenie o braku wymaganych dokumentów

Oświadczam, iż ze względu na
……
……..

……
……
……

Nie mogę przedstawić/uwierzytelnić* następujących dokumentów:

1……
……

2.
……
……

3.
……
……

W związku z zaistniała wyjątkową sytuacją proszę Ministra Zdrowia o zwolnienie mnie z obowiązku dostarczenia/uwierzytelnienia* powyżej przedstawionych dokumentów.

Data i czytelny podpis

Transliterowany czytelny podpis (jak w paszporcie)

* niepotrzebne skreślić. Proszę o wydrukowanie dwóch dokumentów, jeżeli sprawa tyczy się obu sytuacji.