

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 zaistniałą 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 dotyczy się obu sytuacji.