OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a/..……..
ur. dnia ……D.O. seria ……Nr ……...
zamieszkały/a/..…….
świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego, który za składanie fałszywych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 8, oświadczam, że
do alimentacji względem osoby niepełnosprawnej
……..
(Nazwisko i imię)

zobowiązani są:

1. ……..…
   ……
   …….……
   ……
   (Nazwisko, imię, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania, wiek, stopień pokrewieństwa)
2. ……..…
   ……
   …….……
   ……
   (Nazwisko, imię, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania, wiek, stopień pokrewieństwa)
3. ……..…
   ……
   …….……
   ……
   (Nazwisko, imię, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania, wiek, stopień pokrewieństwa)
4. ……..…
   ……
   …….……
   ……
   (Nazwisko, imię, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania, wiek, stopień pokrewieństwa)
5. ……..…
   ……
   …….……
   ……
   (Nazwisko, imię, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania, wiek, stopień pokrewieństwa)

Niepełnosprawność osoby niepełnosprawnej powstała
……..……..
…….……
…….……
…….……
…….……
……..……
…….

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

…….
Miejscowość i data

……..
Podpis osoby składającej oświadczenie

…….
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie