

## Oświadczenie

.....  
imię i nazwisko

.....

.....  
miejsce zamieszkania

Oświadczam, że **zostałem(am)/ nie zostałem(am)\*** zaszczepiony(a) przeciw WZW

.....  
(data i podpis składającego oświadczenie)

(\* niepotrzebne skreślić)