……………………………………….

*Miejscowość, data*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że ja niżej podpisany/a…………………………………………………

urodzony/a dnia……………………………….. w ……………………………………

jestem chory/a na stwardnienie rozsiane, na dowód czego załączam stosowne zaświadczenie lekarskie.

………………………………………….

*Czytelny podpis*