

……………………………………………  
 miejscowość, data

…………………………………………………………………..  
 imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

**OŚWIADCZENIE**

W związku z rozwojem epidemii zachorowań na Covid 19, rezygnuję z wizyty patronażowej położnej w warunkach domowych.

………………………………………………………  
 podpis