

 ……………………………………………
 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