**Załącznik Nr 7**

**do Zarządzenia Nr 70/2018**

**Burmistrza Miasta Chojnice**

**z dnia 29.05.2018 r.**

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie Uchwały Nr XLIII/507/18 Rady Miejskiej w Chojnicach z dnia 26 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców Chojnic na lata 2017-2020" my, niżej podpisani –

…………………………………………………………………………………………………………
(kobieta – imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………………………………………
(mężczyzna – imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

oświadczamy, że:

* Pozostajemy w związku małżeńskim,
* Ostatnie rozliczone zeznanie podatkowe złożyliśmy we właściwym urzędzie skarbowym zlokalizowanym w mieście Chojnice [[1]](#footnote-1),
* Poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem/posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego[[2]](#footnote-2).

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..(miejscowość, data) | …………………………………………………….(podpis – kobieta)……………………………………………………..(podpis – mężczyzna) |

1. Proszę załączyć kserokopię pierwszej strony ostatnio rozliczonego zeznania PIT [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)