**Załącznik Nr 7**

**do Zarządzenia Nr 5/21**

**Burmistrza Miasta Chojnice**

**z dnia 15.01.2021 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" oraz Uchwały Nr XXIII/330/20 Rady Miejskiej w Chojnicach   
z dnia 21 grudnia 2020 r. zmieniającej uchwałę 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)