…………………………………………..…...……. dnia …………………..…………

……………………………………………….……………………………………………………...………………………………………………...…………….……

 *imię i nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania*

 **OŚWIADCZENIE**

Ja …………………………………………………………..……… urodzony/a dnia ……………...……...…… w ………...……………..………………,

zam. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….. oświadczam, że moje dziecko jest spokrewnione z osobą, której dane podaję poniżej:

1. **Dane dziecka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwisko i imię dziecka*** | ***Data urodzenia dziecka*** | ***Miejsce urodzenia dziecka*** |
|  |  |  |  |

1. **Dane rodziców dziecka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwisko i imię rodziców dziecka*** | ***Daty urodzenia rodziców*** | ***Miejsce urodzenia rodziców*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Dane dziadka/babci dziecka, który/a był/a pracownikiem PGR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwisko i imię osoby zatrudnionej w PGR*** | ***Data urodzenia osoby*** | ***Miejsce urodzenia osoby*** |
|  |  |  |  |

1. **W przypadku, gdy osobą spokrewnioną jest pradziadek/prababcia, jego/jej dane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwisko i imię osoby zatrudnionej w PGR*** | ***Data urodzenia osoby*** | ***Miejsce urodzenia osoby*** |
|  |  |  |  |

Adres zamieszkania przodka pracującego w PGR

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do wglądu akty urodzenia, małżeństwa zgonu ww osób celem weryfikacji.

W przypadku pytań proszę kontaktować się z pracownikiem Urzędu, nr telefonu 56 6886087, 56 6886001 wew. 146 lub 142.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.**

…………...………………………………………………………

 podpis wnioskodawcy