

Bydgoszcz, dnia ..... r.

.....  
imię i nazwisko

.....  
stanowisko

.....  
jednostka

## O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

1. Jest – nie ma\* domownik(a) mogący(ego) zapewnić opiekę w okresie

.....  
data opieki nad członkiem rodziny

nad członkiem rodziny .....  
imię i nazwisko oraz data urodzenia członka rodziny, stopień pokrewieństwa

2. Jestem – nie jestem\* zatrudniony(a) w systemie pracy zmianowej

3. Współmałżonek pracuje – nie pracuje\*

4. W danym roku kalendarzowym współmałżonek: .....  
imię i nazwisko współmałżonka

pobrał zasiłek opiekuńczy:

– z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14 za ..... dni.

– z tytułu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za ..... dni

5. Pozostaję – nie pozostaję\* we wspólnym gospodarstwie domowym z wymienionym wyżej dzieckiem w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny

.....  
podpis

\* niepotrzebne skreślić