
(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO do programu
„Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku, wśród dzieci w wieku 5 lat,
mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2025-2029”**

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

Oświadczam, że moje dziecko:

(imię i nazwisko dziecka)

Urodzone dnia _____, zamieszkałe w

(miejsce zamieszkania)

W okresie ostatnich 24 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu:

- ☐ Nie korzystało z analogicznych badań przesiewowych wzroku finansowanych ze środków publicznych;
- ☐ Nie jest objęte stałą opieką okulistyczną z powodu wcześniejszej zdiagnozowanych zaburzeń widzenia.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie fałszywego oświadczenia podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego