Imię\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczenie o braku wymaganych dokumentów**

Oświadczam, iż ze względu na ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Nie mogę przedstawić/uwierzytelnić\* następujących dokumentów:

1………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W związku z zaistniała wyjątkową sytuacją proszę Ministra Zdrowia o zwolnienie mnie z obowiązku dostarczenia/uwierzytelnienia\* powyżej przedstawionych dokumentów.

Data i czytelny podpis

Transliterowany czytelny podpis (jak w paszporcie)