OŚWIADCZENIE

………………………………………………………………………

(stopień imię i nazwisko)

………………………………………………………………………..

(jednostka organizacyjna)

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję ze szczepienia przeciwko COVID-19 w grupie szczepień dla służb mundurowych.

Data………………………….

………………………………………………………………

(**CZYTELNY PODPIS** osoby składającej oświadczenie)