

O Ś W I A D C Z E N I E

RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA - KANDYDATA

O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

I ROZLICZANIA PODATKU DOCHODOWEGO / UBEZPIECZENIA KRUS

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że *(niepotrzebne skreślić)*
rozliczam podatek dochodowy w Urzędzie
Skarbowym w Żyrardowie/ płacę
ubezpieczenie KRUS w Żyrardowie.

Oświadczam, że *(niepotrzebne skreślić)*
rozliczam podatek dochodowy w Urzędzie
Skarbowym w Żyrardowie/ płacę
ubezpieczenie KRUS w Żyrardowie.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności
karnej za złożenie fałszywego
oświadczenia***

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności
karnej za złożenie fałszywego
oświadczenia***

.....
(miejscowość, data)

.....
(miejscowość, data)

.....
CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
DZIECKA

.....
CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
DZIECKA

*zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego