**OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a……………………………………………………………………………………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776) /osobą z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).

…………………………………………………. ….…………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis)