

Pleszew, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w niżej wymienionych miesiącach pobrałam/em* alimenty na rzecz dziecka/dzieci (wypełnić w przypadku nie pobierania alimentów z funduszu alimentacyjnego z Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pleszewie).

MIESIĄC/ROK

**WYSOKOŚĆ ALIMENTÓW
NA DZIECKO/DZIECI**

1.

.....

2.

.....

3.

.....

Świadom/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który za składanie nieprawdziwych zeznań przewiduje kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 – oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis

***) właściwą odpowiedź należy podkreślić**