

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Jordanowie  
34-240 Jordanów ul. Bł. Ks. P. Dańkowskiego 10  
tel./fax 18 26 75 369**

---

Data: .....

**O Ś W I A D C Z E N I E**  
**dotyczące świadczenia rodzicielskiego**

.....  
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym .....

pesel .....

uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2019 r., poz. 1579 z późn. zm.), oświadczam, że nie korzystałem(am) oraz nie będę korzystał(a) z zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub okres urlopu rodzicielskiego w okresie pobierania świadczenia rodzicielskiego przez

..... matkę (ojca)

(imię i nazwisko)

dziecka ..... urodzonego dnia .....

.....  
Podpis