

Poznań,.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że*:

- nie leczyłem/am się psychiatrycznie w przeszłości, ani nie lecę się obecnie;
- nie zdiagnozowano u mnie zaburzeń psychicznych;
- nie podejmowałem/am próby samobójczej.

2. Byłem/am leczony/a psychiatrycznie w okresie od..... do.....
z powodu*

3. Korzystałem/am z pomocy lub konsultacji psychologa lub psychoterapeuty w okresie
od..... do..... z powodu*.....

4. Odmawiam złożenia niniejszego oświadczenia.*

.....
Czytelny podpis

* Niewłaściwe skreślić