

.....

(місцевість і дата)

.....

.....

(Ім'я і прізвище)

Заява про повну дієздатність

Я нижче підписаний/а свідомий/а щодо кримінальної відповідальності за складання фальшивої заяви, заявляю що маю повну здатність дієздатність.

.....

(власноручний підпис лікаря/лікаря-стоматолога)