

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....

.....

### **OŚWIADCZENIE O DOBROWOLNYM ZOBOWIĄZANIU ALIMENTACYJNYM**

Oświadczam, że płacę dobrowolne alimenty na moje dziecko / dzieci

1. ....

2. ....

3. ....

w wysokości ..... miesięcznie.

*Oświadczam, że jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie  
fałszywego oświadczenia.*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis członka rodziny składającego oświadczenie)