

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.

.....
(miejscowość, data)

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