**vyhlásenie**

**o splnení podmienok voliteľnosti**

Podpísaný(á)..............................................................................................................................,

narodený(á).................................................... v.............................................., trvalý pobyt (názov obce) ..............................................................................................................................

týmto vyhlasujem, že spĺňam podmienky voliteľnosti podľa § 15 ods. 1 písm. a) a b) zákona č. 175/2015 Z. z. o komisárovi pre deti a komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

 .............................................................................................................

podpis