|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WYPEŁNIA ORGAN | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |
| Numer wniosku: | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wpływu wniosku: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  | **Wniosek o wydanie mLegitymacji ON** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**  WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Nazwa organu: Powiatowy Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mielcu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **DANE WNIOSKODAWCY 1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Imię | | | | | | | | | | | | | | | 3. Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Numer PESEL | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Imię | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6. Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |
| 7.Numer PESEL | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMELDOWANIA2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Miejscowość | | | | | | | | | | | | | 9. Kod pocztowy | | | | | | 10. Poczta | | | | | | | | | |
| 11. Ulica | | | | | | | | | | | | | 12. Nr domu/Nr lokalu | | | | | | 13. Adres e-mail | | | | | | | | | |
| 14. Numer telefonu | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA2 - wypełnić w przypadku, kiedy jest inny niż adres zameldowania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Miejscowość | | | | | | | | | | | | | 16. Kod pocztowy | | | | | | 17. Poczta | | | | | | | | | |
| 18. Ulica | | | | | | | | | | | | | 19. Nr domu/Nr lokalu | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA właściwe należy zaznaczyć "X"** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Oświadczam, że: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) sprawuję władzę rodzicielską nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2) sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3) sprawuję kuratelę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 21. |  |  | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | |  |  | …………………………………………………… | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (data i podpis osoby składającej wniosek) | | | | | | | | | | | |
| Wyjaśnienia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 Osoba niepełnosprawna posiadająca legitymacje tradycyjną. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Przedstawiciel ustawowy osoby niepełnosprawnej, którego dane nie są zawarte we wniosku o ustalenie niepełnosprawności albo o ustalenie stopnia niepełnosprawności, oraz którego dane nie są zawarte w systemie, o którym mowa w art. 6d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |