|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |