

Dane Wnioskodawcy:

Nazwisko i Imię:
Adres:
PESEL:
Nr telefonu:

Burmistrz Ścinawy

**WNIOSEK O UZNANIE
KONIECZNOŚCI SPRAWOWANIA PRZEZ OSOBĘ PODLEGAJĄCĄ OBOWIĄZKOWI
ODBYCIA SŁUŻBY WOJSKOWEJ BEZPOŚREDNIEJ OPIEKI NAD CZŁONKIEM
RODZINY WSPÓLNIE Z NIĄ ZAMIESZKAŁYM**

Wnoszę o uznanie konieczności sprawowania przez osobę

.....
(imię – imiona - i nazwisko)

rocznik.....syn.....zam.....
(rok ur.) (imię ojca) (adres zamieszkania)

.....,
stopień pokrewieństwa, bezpośredniej opieki nad członkami rodziny.

Pod bezpośrednią opieką osoby pozostają następujący członkowie rodziny:

L p	Imię (imiona) i nazwisko	Nr PESEL	Adres zamieszkania
1	2		6

Powyższe uzasadniam następująco

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wymagane załączniki:

Lp.	Rodzaj załącznika	Załączono*	
		tak	nie
1.	Oświadczenie osoby lub członka rodziny o braku innych pełnoletnich członków rodziny, bliższych lub równych stopniem pokrewieństwa, obowiązanych do sprawowania opieki		
2.	Ostateczne orzeczenie o uznaniu członka rodziny za całkowicie niezdolnego do pracy i samodzielnej egzystencji		
3.	Oświadczenie woli członka rodziny, wyrażające zgodę na sprawowanie nad nim bezpośredniej opieki przez osobę – w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba		
4.	Oświadczenie woli osoby, wyrażające zgodę na sprawowanie przez nią bezpośredniej opieki nad członkiem rodziny – w przypadku gdy wnioskodawcą jest członek rodziny		
5.	Oświadczenie osoby o wspólnym zamieszkiwaniu z osobą wymagającą opieki.		

Uwagi:

* odpowiednie pole zaznaczyć x

Wniosek nie podlega opłacie skarbowej **zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. e ustawy z dnia 16 listopada 2006r. o opłacie skarbowej (tj. Dz.U.2020.1546)**