

WNIOSEK O ZMIANĘ UZNANIA	
-------------------------------------	--

Nazwisko i imię osoby wnoszącej podanie.....
.....
miejsce zamieszkania – kod pocztowy, miejscowość
.....
ulica, nr mieszkania.....
.....
telefon

Świdnik, dnia

URZĄD MIASTA ŚWIDNIK
Wydział Obsługi Klienta
ul. S. Wyspiańskiego 27

Proszę o zmianę DECYZJI NR z dnia o uznaniu za posiadającego na wyłącznym utrzymaniu członków rodziny.

Poborowemu(go) – żołnierza* syn
Nazwisko i imię Imię ojca

r. zam. w
rok urodzenia

Powyższy wniosek uzasadniam następująco:

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

Świdnik, dnia 20 r.

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić