

WNIOSEK O UCHYLENIE 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 uchylenie 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