URZĄD MIASTA LESZNA

ul. KAZIMIERZA KARASIA 15

 64-100 LESZNO

Data wpływu wniosku

**WNIOSEK**

**O SKORZYSTANIE Z POMOCY PRACOWNIKÓW WŁADAJĄCYCH PJM**

 **W URZĘDZIE MIASTA LESZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer telefonu  |  |
| Informacja o posiadaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności | TAK posiadam\* | NIE nie posiadam  |
| ZAKRES OCZEKIWANEJ POMOCY |  |
| PLANOWANY TERMIN WYKONANIA ŚWIADCZENIA |   Data Godzina |
|  |  |
| DATA | PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ |

\*zaznaczyć właściwe pole