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