

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* <input type="checkbox"/>	NIE nie posiadam <input type="checkbox"/>	
ZAKRES OCZEKIWANEJ POMOCY			
PLANOWANY TERMIN WYKONANIA ŚWIADCZENIA	Data	Godzina	

DATA	PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ
------	--------------------------

*zaznaczyć właściwe pole