|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | |
| WNIOSKODAWCA: (imię i nazwisko lub nazwa firmy/przedsiębiorcy) |
|  | *znak sprawy (nadaje urzędnik)* | |
| ADRES ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY: (ulica, miejscowość, kod pocztowy) |  | | |
|  |
| ADRES DO KORESPONDENCJI: (jeśli jest inny niż powyżej) |
|  |
| PESEL |
|  |
| TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny i/lub komórkowy) |
|  |
| ADRES E-MAIL (nie jest wymagany) |  | *pieczęć wpływu* | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DRUK** | **OŚWIADCZENIE ZWALNIAJĄCE Z OPŁATY  OD POSIADANIA PSÓW** | **DO PROCEDURY** |
| **fp.4.2.02** | **FP.IV.03** |

Wolsztyn,………………...

**Oświadczam, że:**

* nie posiadam psa od dnia: ..............................................................
* ukończyłem 65 lat i prowadzę samodzielnie gospodarstwo domowe
* jestem osoba niepełnosprawną (I grupa inwalidzka)

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

**Podpis wnioskodawcy**