

WNIOSEK
O PRYZNANIE DUPLIKATU KARTY
„ŻARY MIASTO PRZYJAZNE RODZINIE”

potwierdzającej uprawnienia do korzystania z ulg i zwolnień w ramach
gminnego programu „Żary miasto przyjazne dużej rodzinie”

REALIZATOR PROGRAMU

*Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Żarach
Rynek 1-5 60-200 Żary*

Część I – Dane wnioskodawcy

Imię pierwsze	
Imię drugie	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Data urodzenia	
Miejsce zamieszkania <i>/kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/numer domu/numer lokalu/</i>	
Adres do korespondencji <i>(wypełnić, gdy adres do korespondencji jest inny niż miejsce zamieszkania)</i>	
Numer telefonu	
Adres poczty elektronicznej	

Część II – Członkowie rodziny wielodzietnej

Lp	Imię/imiona i Nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Planowany termin ukończenia nauki
1					
2					
3					
4					
5					
6					

7					
8					
9					
10					

Część III – Oświadczenie

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- nie jestem pozbawiona/pozbawiony władzy rodzicielskiej ani ograniczona/ ograniczony we władzy rodzicielskiej nad dziećmi wskazanymi w niniejszym wniosku,
- jestem umocowana/umocowany do złożenia wniosku o przyznanie duplikatu Karty „Żary Miasto Przyjazne Rodzinie” oraz do jej odbioru w imieniu członków rodziny wielodzietnej wskazanej w niniejszym wniosku.

Ponadto oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za założenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Burmistrza Miasta Żary danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z obowiązującymi przepisami na potrzeby realizacji Programu „Żary Miasto przyjazne Dużej Rodzinie”.

.....
(Miejscowość i data: dd/mm/rrrr)

.....
Podpis wnioskodawcy

Kwituję odbiór duplikatu Kart „Żary Miasto Przyjazne Rodzinie” o numerach:

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

Oświadczam, że dane na kartach są zgodne z danymi we wniosku.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem przyznawania, wydawania i korzystania z Karty „Żary Miasto Przyjazne Rodzinie” oraz zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Burmistrza Miasta Żary o utracie uprawnień do uczestnictwa w Programie.

.....
(Miejscowość i data: dd/mm/rrrr)

.....
Podpis wnioskodawcy