

Wieluń, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(seria i nr dokumentu tożsamości)

Upoważnienie

Upoważniam Pana/Panią
zamieszkałego(a)....., seria i numer dokumentu
tożsamości..... do załatwiania moich spraw w Powiatowym
Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wieluniu.

.....
(czytelny podpis)