

WYPEŁNIA ORGAN
Znak sprawy: ON.8321.8.....2025
Data wpływu wniosku:

Wniosek o wydanie mLegitymacji ON

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA		
WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI		
1. Nazwa organu: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli		
DANE WNIOSKODAWCY¹		
2. Imię	3. Nazwisko	
4. Numer PESEL		
DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK²		
5. Imię	6. Nazwisko	
7. Numer PESEL		
ADRES ZAMELDOWANIA²		
8. Miejscowość	9. Kod pocztowy	10. Poczta
11. Ulica	12. Nr domu/Nr lokalu	13. Adres e-mail
14. Numer telefonu		
ADRES ZAMIESZKANIA² - wypełnić w przypadku, kiedy jest inny niż adres zameldowania		
15. Miejscowość	16. Kod pocztowy	17. Poczta
18. Ulica	19. Nr domu/Nr lokalu	
OŚWIADCZENIA właściwe należy zaznaczyć "X"		
20. Oświadczam, że:		
1) sprawuję władzę rodzicielską nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON		☐
2) sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON		☐
3) sprawuję kuratelę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON		☐
		21.
		 (data i podpis osoby składającej wniosek)

Wyjaśnienia:

¹ Osoba niepełnosprawna posiadająca legitymację tradycyjną.

² Przedstawiciel ustawowy osoby niepełnosprawnej, którego dane nie są zawarte we wniosku o ustalenie niepełnosprawności albo o ustalenie stopnia niepełnosprawności, oraz którego dane nie są zawarte w systemie, o którym mowa w art. 6d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.