



# Starostwo Powiatowe w Myślenicach

Powiatowy Zespól ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
32-400 Myślenice, ul. Kazimierza Wielkiego 5, tel. 12 372 76 68

\_\_\_\_\_

(miejsowość i data)

Dane Osobowe	
Imię i nazwisko wnioskodawcy <sup>1</sup>	_____
Adres zamieszkania	_____
Numer PESEL	_____

## OŚWIADCZENIE o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o *ewidencji ludności* (t.j. Dz. U. z 2019, poz. 1397 z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu

- stałego
- miejscem pobytu stałego dziecka
- miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek

jest:

\_\_\_\_\_

(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy dnia 6 czerwca 1997r. *Kodeks karny* (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 1950 z późn. zm.) - kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe nadzień składania oświadczenia

\_\_\_\_\_

podpis

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.