……………………………………………………. …………………………………………………..

 (nazwisko i imię wnioskodawcy) (miejscowość, data)

…………………………………………………….

 (adres zamieszkania)

nr tel. ……………………………………………..

 **Burmistrz Szczebrzeszyna**

**W N I O S E K**

 Proszę o uznanie **za sprawującego bezpośrednią opiekę nad członkiem rodziny przez**

**okres……………………………………………………….\*\***………….……………..……………………………………….

 (nazwisko i imię)

syna/córkę………………..….…..………….…..PESEL …………………………………….. ur. ……………………………..

 (imię ojca) (data urodzenia)

w…………………………………………… zam…………………………………………………………………………………..

 (miejsce urodzenia) (adres zamieszkania)

odbywającego zasadniczą służbę wojskową w Jednostce Wojskowej nr………………. w……………..………………….

od dnia …………….……..……………. r. powołany/a do czynnej służby wojskowej przez Wojskową Komendę

Uzupełnień w …………………………\*

**Pod bezpośrednią opieką osoby podlegającej obowiązkowi odbycia zasadniczej służby wojskowej pozostają następujący członkowie rodziny:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa w stosunku do żołnierza lub osoby podlegającej obowiązkowi odbycia zasadniczej służby wojskowej | Data urodzenia | Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr budynku, nr lokalu) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Powyższą prośbę uzasadniam następująco:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do wniosku dołączam:

1…………………………………………………………………

2…………………………………………………………………

3…………………………………………………………………

4…………………………………………………………………

5………………………………………………………………..

6…………………………………………………………………

7…………………………………………………………………

…………………………………………………..

 (podpis wnioskodawcy)

 \* niepotrzebne skreślić

\*\* okres nie dłuższy niż 12 miesięcy

POUCZENIE

Wniosek o uznanie za sprawującego bezpośrednią opiekę nad członkiem rodziny może złożyć osoba podlegająca obowiązkowi zasadniczej służby wojskowej lub pełnoletni członek rodziny wymagający sprawowania bezpośredniej opieki. członek rodziny (art. 39a ust.1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony RP – t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1541).