

Głuchołazy, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

Ośrodek Pomocy Społecznej
al. Jana Pawła II 14
48-340 Głuchołazy

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o korzystaniu/nie korzystaniu* z pomocy (formy pomocy) w okresie od do w celu przedłożenia

.....

.....

.....
(podpis)

*Niepotrzebne skreślić