



Przywidz, dn.

.....
(imię i nazwisko, adres rodzica lub opiekuna)

nr dowodu osobistego rodzica/opiekuna.

tel. kont.

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na wyrobienie dowodu osobistego:

.....
(imię i nazwisko osoby małoletniej)

o nr ewidencyjnym PESEL.....

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

Upoważniam do odbioru dowodu osobistego drugiego rodzica dziecka

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....
(seria i nr dowodu osobistego rodzica /opiekuna)

.....
(numer telefonu)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Urzędzie Gminy Przywidz i akceptuję jej treść. Klauzula dostępna jest także na stronie internetowej <https://przywidz.bip.gov.pl/>.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

Potwierdzam własnoręczność podpisu:

Przywidz, dnia