

Konin, dnia

.....
(imię i nazwisko, nazwa firmy)

.....
(adres)

.....
(telefon)

URZĄD MIEJSKI W KONINIE
plac Wolności 1
62-500 Konin

**WNIOSEK O WYMELDOWANIE Z MIEJSCA POBYTU STAŁEGO LUB CZASOWEGO PONAD 3
MIESIĄCE DECYZJĄ ADMINISTRACYJNĄ**

Proszę o wymeldowanie z miejsca pobytu stałego lub czasowego ponad 3 miesiące*

(właściwe podkreślić)

1.
2.
3.
4.
5.

Wniosek uzasadniam:

.....
(podpis)

ZAŁĄCZNIKI:

- do wglądu - dowód osobisty
- dokument dotyczący stanu prawnego lokalu mieszkalnego

OPLATA SKARBOWA:

- 10 zł za wydaną decyzję ;