

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
W GÓRZE**

ul. Armii Polskiej 8, 56-200 Góra, tel. +48 65 543 28 96, e-mail: pzon.zespol@o2.pl

---

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
.....  
( Adres zamieszkania )

**Oświadczenie**

Oświadczam, że sprawuję władzę rodzicielską\*, opiekę\*, kuratelę\* nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej.

.....  
(podpis osoby upoważnionej )

\*właściwe podkreślić