\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Miejscowość i data / Place and date)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Imię / Name)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nazwisko / Surname)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(PESEL lub data urodzenia / PESEL numer or D.O.B.)*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam wolę zachowania fizycznie anulowanego dokumentu paszportowego serii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i proszę o jego zwrot.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Podpis / Signature)*