

W	A	R	S	Z	A	W	
					/		
rok				miesiąc		dzień	

(pieczęć organu przyjmującego wniosek)

(miesiąc i data złożenia wniosku)

Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z pouczeniem zamieszczonym na stronie 12

Wniosek wypełnia się w języku polskim

**WOJEWODA Mazowiecki**

(wsłazanie organu, do którego jest składany wniosek)

**WNIOSKODAWCA**

Imię i nazwisko/nazwa podmiotu			
-----------------------------------	--	--	--

**ADRES ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY**

1. Państwo/województwo			
2. Miejscowość			
3. Ulica			
4. Numer domu		5. Numer mieszkania	
6. Kod pocztowy	-		
7. Telefon kontaktowy			

**WNIOSEK**  
o potwierdzenie posiadania lub utraty obywatelstwa polskiego

Wnoszę o wydanie decyzji:

potwierdzającej posiadanie obywatelstwa polskiego przez \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

potwierdzającej utratę obywatelstwa polskiego przez \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

Dodatkowe informacje dotyczące stanu faktycznego lub prawnego związane z potwierdzeniem posiadania lub utraty obywatelstwa polskiego: \_\_\_\_\_