**ODWOŁANIE PEŁNOMOCNICTWA**

**REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY**

**АННУЛИРОВАНИЕ ДОВЕРЕННОСТИ**

**АНУЛЮВАННЯ ДОВІРЕНОСТІ**

formularz wypełnij w języku polskim drukowanymi literami

please complete this form in Polish in capital letters

заполните форму на польском языке печатными буквами

Заповніть форму польською мовою друкованими літерами

**Dane osobowe cudzoziemca / Personal data of the foreigner / Персональные данные иностранца / Персональні дані іноземця:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**imię i nazwisko/ name and surname / имя и фамилия / ім'я та прізвище**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**obywatelstwo / citizenship / гражданство / Громадянство**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**data urodzenia / date of birth / дата рождения / дата народження**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nr sprawy / case no / дело № / справа №**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**aktualny numer telefonu / Current phone number / Актуальный номер телефона / Актуальний номер телефону**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**adres zamieszkania /** residential address / адрес проживания / адреса проживання

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**aktualny adres do korespondencji / current mailing address/ aктуальный адрес для корреспонденции /**

**aктуальний адреса для кореспонденції**

1. **Treść oświadczenia:**

**Odwołuję pełnomocnictwo do reprezentowania mnie przed Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim w Warszawie udzielone Pani/Panu:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko pełnomocnika)

Proszę o przekazywanie dalszej korespondencji na podany wyżej adres do korespondencji.

………………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis cudzoziemca)

1. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu wypełnionym na potrzeby postępowania prowadzonego w Wydziale Spraw Cudzoziemców Mazowieckiego Urzędu

Wojewódzkiego w Warszawie, w celu komunikacji telefonicznej lub mailowej w pełnym zakresie informacji

związanych z prowadzeniem mojej sprawy. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o prywatności dostępną na stronie [https://migrant.wsc.mazowieckie.pl/pl.](%20https%3A//migrant.wsc.mazowieckie.pl/pl.)

………………………………………………..…………………………….

(data i czytelny podpis cudzoziemca)

(date and legible signature of the foreigner)

(дата и разборчивая подпись иностранца)

(дата та розбірливий підпис іноземця)