**WYKAZ OSÓB POPIERAJĄCYCH KANDYDATA NA RADNEGO:**

**MŁODZIEŻOWEJ RADY MIEJSKIEJ W MUROWANEJ GOŚLINIE**

**Dane kandydata:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Adres zamieszkania** | **Data urodzenia** | **Klasa**  | **Nr legitymacji szkolnej lub nr PESEL** |
|  |  |  |  |  |

**Udzielam poparcia powyższemu kandydatowi do Młodzieżowej Rady Miejskiej w Mur. Goślinie:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i Nazwisko** | **Data urodzenia** | **klasa** | **Nr legitymacji szkolnej lub nr PESEL** | **Czytelny podpis** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………….

(czytelny podpis kandydata na Radnego)