**Załącznik nr 1 do Karty usługi: 55/K/UU/SR**

**INFORMACJA O ZATARCIU SKAZANIA**

**-WZÓR-**

|  |  |
| --- | --- |
|  | …........................................... dnia ..............................(miejscowość i data) |
|  | **Sąd** ……………………………………………………w ….…………………………………………………...**Wydział Karny** |
|  | Skazany:……………………………...………………………….(imię, nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL……………………………...………………………….(adres zamieszkania) |
|  |  |

**Wniosek o zatarcie skazania**

Wnoszę o zatarcie skazania w sprawie sygn. akt ………………………………………….,

 w której wyrokiem Sądu Rejonowego w ………………………………………………….

 z dnia ……..……………. zostałem skazany na karę ………...………………..…………

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

**Uzasadnienie**

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

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

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

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

(*zwięzłe uzasadnienie wniosku z opisaniem przesłanek, które uzasadniają zatarcie skazania*)

………………………...

(własnoręczny podpis)

**Załączniki:**

1. dowód uiszczenia opłaty.