



Sygn. akt

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Numer dokumentu tożsamości

Numer dokumentu tożsamości

Adres (ulica i miejscowość)

Adres (ulica i miejscowość)

Pokrewieństwo z tym. aresztowanym
/ rola w procesie

Pokrewieństwo z tym. aresztowanym
/ rola w procesie

Sąd Okręgowy w Warszawie
..... Wydział Karny

PROŚBA O WYRAŻENIE ZGODY NA WIDZENIE

Proszę o udzielenie mi widzenia przy stoliku/zwykłego* z tymczasowo
aresztowanym.....
s/c.....przebywającym w Areszcie
Śledczym.....

odbiór osobisty

dokument odbierze:

.....**
(imię i nazwisko, rodzaj i nr dokumentu tożsamości, nr telefonu)

.....
Czytelny podpis

* Wybrać rodzaj widzenia (niepotrzebne skreślić)

** Dokumenty mogą zostać wydane wyłącznie wnioskodawcy lub osobie upoważnionej, wskazanej we wniosku.