

Formularz dla osób popierających kandydata na radnego do
Młodzieżowej Rady Gminy Staroźreby
(minimum 5 osób uprawnionych do głosowania)

.....
(Imię i nazwisko kandydata)

Poparcie kandydata na radnego do Młodzieżowej Rady Gminy Staroźreby w Okręgu
Wyborczym nr.....

W
(pełna nazwa szkoły/gminy)

w wyborach zarządzonych na dzień 10 października 2025 r.

Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Nazwa szkoły i klasa	Data urodzenia	Miejsce zamieszkania	Nr legitymacji szkolnej osoby popierającej	Własnoręczny podpis
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						