

Świdnica, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr dowodu osobistego

Sąd Okręgowy
III Wydział Karny
Pl. Grunwaldzki 14
58 – 100 Świdnica

Sygnatura akt

PROŚBA O WYDANIE ZEZWOLENIA NA WIDZENIE

Zwracam się z prośbą o wydanie zezwolenia z tymczasowo aresztowanym

..... s/c

przebywającym w Areszcie Śledczym / Zakładzie Karnym w

Dla w/w oskarżonego jestem(stopień pokrewieństwa)

Zezwolenie na widzenie odbiorę osobiście / proszę wysłać na adres

.....

.....
(czytelny podpis)