……………, dnia ……………………..

 ( miejscowość )

……………………………….

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

……………………………………………………………..

Adres zamieszkania Wnioskodawcy

………………………………………………………………

Tel.:………………………………………………………………

**Wójt Gminy Zarszyn**

***Wniosek o rozgraniczenie nieruchomości***

Wnoszę o dokonanie rozgraniczenia nieruchomości położonej w miejscowości ………………………………………………………..przy ul…………………………………………………………………………..

uregulowanej w księdze wieczystej nr KS1S/………………………………………………………………………….

stanowiącej działkę/ki ewidencyjną(e) nr …………………………………… z obrębu…………………………..

będącej własnością\*/ w użytkowaniu wieczystym \*/ we władaniu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ( forma władania )

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

( imię i nazwisko, nazwa )

z nieruchomością/ami sąsiednią/mi: nr ………………………………………………………………………………………………………………….

Czynności ustalenia przebiegu granic wykona geodeta uprawniony, wskazany przez organ, w terminie zgodnym z zawartą umową.

………………………………………………………………

( podpis/y wnioskodawcy/ców )

* Właściwe podkreślić

Opłata skarbowa w wysokości 10   zł za wydanie decyzji o rozgraniczeniu (część I ust.53 załącznika do Ustawy z dnia 16 listopada 2006 roku o opłacie skarbowej ( Dz.U. 2015.783 ze zm.)

. Opłatę należy uiścić przelewem na rachunek bankowy Urzędu Gminy – konto nr: 62 8642 1038 2004 3800 0332 0001