

Stadt Seßlach
Passamt
Marktplatz 98
96145 Seßlach

(Ort, Datum)

Bestätigung zur Ausweispflichtbefreiung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich

Name: _____

Anschrift: _____

Funktion: _____
(z.B. Hausarzt, Facharzt, Pflegestation usw.)

dass Herr / Frau

Name: _____

Geburtsdatum: _____

auf Grund einer dauerhaften Behinderung nicht am öffentlichen Leben teilnehmen kann und auch nicht fähig ist, sich selbständig in der Öffentlichkeit zu bewegen.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

(Stempel)