**Antrag auf Validierung (Inkraftsetzung)
des Vorsorgeauftrages**

**Vorsorgeauftraggeber/-in:**

Name  Vorname 

Strasse  PLZ / Ort 

Geboren 

**Antragstellende Person:**

Name  Vorname 

Strasse  PLZ / Ort 

E-Mail  Telefon 

[ ]  Ich beantrage die Validierung des Vorsorgeauftrages.
[ ]  Dieser ist bereits bei der KESB Uster hinterlegt.
[ ]  Das Original des Vorsorgeauftrages liegt bei.

 [ ]  Ein Arztzeugnis, das den Eintritt der Urteilsunfähigkeit bescheinigt, liegt bei.

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular auszudrucken, zu unterschreiben und an die KESB Uster, Zürichstrasse 7, 8610 Uster, zu schicken. Besten Dank.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift