|  |
| --- |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |

(Miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany/a przez pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupcy o możliwości pozostania w rodzinie, która sprawowała funkcję rodziny zastępczej po ukończeniu 18-tego roku życia na czas kontynuacji nauki nie dłużej jednak niż do 25 roku życia.

W związku z powyższym, podejmuję decyzję **o pozostaniu w rodzinie, która pełniła funkcję rodziny zastępczej,** do czasu ukończenia nauki.

| Data i podpis osoby usamodzielnianej |  |
| --- | --- |