|  |
| --- |
|  |

 (miejscowość, data)

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, adres zamieszkania)

# DO

|  |
| --- |
|  |

**za pośrednictwem**

**POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W SŁUPCY**

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, że w dniu

ukończę 18-sty rok życia. Wobec powyższego, na mojego opiekuna usamodzielnienia wyznaczam:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Tel. kontaktowy** |  |
| **Seria i numer dowodu osobistego** |  |
| **Stopień pokrewieństwa** |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Jednocześnie przedkładam pisemną zgodę osoby wyznaczonej na opiekuna usamodzielnienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość i data** |  |  |
| **Podpis osoby składającej oświadczenie**  |  |  |