|  |
| --- |

(miejscowość, data)

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

**DO**

|  |
| --- |

**za pośrednictwem**

**POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W SŁUPCY**

Wyznaczenie innego opiekuna usamodzielnienia

**W związku z:**

|  |
| --- |

(Przyczyny zmiany opiekuna usamodzielnienia)

**wnoszę o zmianę opiekuna usamodzielnienia w osobie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Miejsce zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Seria i numer dowodu osobistego |  |
| PESEL |  |
| Stopień pokrewieństwa |  |

Wobec powyższego, na nowego opiekuna usamodzielnienia wyznaczam:

| Imię i nazwisko |  |
| --- | --- |
| Miejsce zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Seria i numer dowodu osobistego |  |
| PESEL |  |
| Stopień pokrewieństwa |  |

Jednocześnie przedkładam pisemną zgodę tej osoby.

|  |  |
| --- | --- |
| Data i podpis osoby usamodzielnianej |  |
| Data i podpis Dyrektora PCPR |  |