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

|  |
| --- |
|  |

(((miejscowość, data)

**Oświadczenie**

|  |
| --- |
|  |

Zrzekam się pełnienia funkcji usamodzielnienia dla

Powodem mojej rezygnacji jest

|  |
| --- |
|  |

| Podpis opiekuna usamodzielnienia |  |
| --- | --- |