

Koszalin, dnia

Dane osobowe osoby składającej oświadczenie

.....
.....
.....

Centrum Usług Społecznych w Koszalinie
al. Monte Cassino 2

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę, aby osoba, która osiągnęła pełnoletność w pieczy zastępczej
.....
pozostała w mojej spokrewnionej, niezawodowej, zawodowej rodzinie zastępczej/ rodzinnym
domu dziecka* po osiągnięciu pełnoletności.

.....
(data i podpis przyjmującego oświadczenie)

.....
(data i podpis oświadczającego)

*** podkreślić właściwe**