

Koszalin, dnia.....

Dane osobowe osoby składającej oświadczenie

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

**Centrum Usług Społecznych
w Koszalinie
al. Monte Cassino 2**

OŚWIADCZENIE

Wyrażam wolę pozostania jako osoba, która osiągnęła pełnoletność w spokrewnionej, niezawodowej, zawodowej rodzinie zastępczej/ rodzinnym domu dziecka* u Pani/Państwa

.....
W dniuukończyłem/am 18 lat.

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

.....
(data i podpis oświadczającego)

*** podkreślić właściwe**