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**