

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 dniu ukończyłem/am 18 lat.

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

.....
(data i podpis oświadczającego)

*** podkreślić właściwe**