…………………………………………………………………………. Data: …………………………………………………

…………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………..

WSKAZANIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wskazuję Pana /Panią : ……………………………………………………....................................................................................................

zam. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

legitymującą się dowodem tożsamości: ……………………………………………………………………………………………………………………….

na mojego opiekuna usamodzielnienia.

……………………………………………………..

Podpis wychowanka

……………………………………………………………………….. Data: ……………………………………………….

………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………

Dowód tożsamości: …………………………………….......

PISEMNA ZGODA NA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ur. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

usamodzielnianego/usamodzielnianej z rodzinnej/instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz wspieranie go/jej w procesie usamodzielnienia. Jednocześnie daję rękojmię należytego wykonania powierzonych mi zadań.

 ………………………………………………………………………..

Podpis opiekuna usamodzielnienia