..………………,dnia .……….

miejscowość

……………………………

Imię i nazwisko wychowanka/i

……………………………………..

 adres zamieszkania

……………………………

**WSKAZANIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Na podstawie art.145 ust.2 ustawy z dn. 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 998 z późn. zm.).

Wskazuję Pana/Panią……………………………………………………………………………

legitymującą się dowodem osobistym:…………………………………………………………

na mojego opiekuna usamodzielnienia.

……………………………………………………..

podpis wychowanka

**PISEMNA ZGODA NA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla:

…………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko wychowanka/i

ur.………………………………………………………………………………………………

zamieszkałego/ej……………………………………………………………………………….

usamodzielnianego/usamodzielnianej\*z rodzinnej/instytucjonalnejpieczyzastępczej oraz wspieranie go/jej\*w procesie

usamodzielnienia, pochodzącej z powiatu oświęcimskiego

 ………………………………………..

podpis opiekuna usamodzielnienia

\* niepotrzebne skreślić