

.....
Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia

.....
Adres zamieszkania

.....
Aktualny nr telefonu
Adres e-mail

ZOBOWIĄZANIE

W związku z pełnieniem funkcji opiekuna usamodzielnienia dla:

.....
Imię i nazwisko

zobowiązuję się do współpracy z:

- osobą usamodzielnianą,
- opiekunem mieszkania chronionego,
- pracownikiem socjalnym Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia