



**MIEJSKI OŚRODEK
POMOCY RODZINIE**
w Koszalinie

.....
miejscowość i data

Dane osobowe z adresem, nr dowodu osobistego,
nr pesel i nr telefonu

.....
.....
.....

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Koszalinie
al. Monte Cassino 2
75-412 Koszalin**

WNIOSEK

Wnoszę o

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis wnioskodawcy

Załączniki:

- ☐ oświadczenie o stanie majątkowym,
- ☐ oświadczenie o sytuacji materialno-bytowej,
- ☐
- ☐
- ☐

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koszalinie w celu realizacji obowiązków ustawowych – symbol RB.

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie