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 / Pana / Państwa .....

W dniu ..... ukończyłem/am 18 lat.

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

*** podkreślić właściwe**