Koszalin, dnia .....

Dane osobowe osoby składającej oświadczenie

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

Centrum Usług Społecznych
w Koszalinie
Al. Monte Cassino 2

OŚWIADCZENIE

Wyrażam wolę, aby osoba która osiągnęła pełnoletność w pieczy zastępczej

.....

pozostała w **mojej spokrewnionej, niezawodowej, zawodowej rodzinie zastępczej / rodzinnym domu dziecka*** po osiągnięciu pełnoletności.

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

*** podkreślić właściwe**