

.....
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)
.....

.....
(nr telefonu)

**Do Dyrektora
Miejskiego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Legnicy**

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie na opiekuna mojego procesu usamodzielnienia
Pana/Panią

(imię i nazwisko oraz wskazać kim ta osoba jest dla usamodzielnianego)

zgodnie z art. 145 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r., o wspieraniu rodziny i systemie
pieczy zastępczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 821, j.t.)

.....
(podpis osoby usamodzielnianej)

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna procesu usamodzielnienia
dla..... i daję rękojmię należytego
wywiązywania się z mojej roli.

.....
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

Adres i numer telefonu opiekuna- jeżeli jest inny niż osoby usamodzielnianej:

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