

.....  
(imię i nazwisko osoby usamodzielniającej)

.....  
(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 osoby oraz wskazanie kim ta osoba jest dla usamodzielnianego)

na podstawie § 2 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 3 sierpnia 2012 r. w sprawie udzielania pomocy na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie (Dz. U. z 2012r., poz.954.)

.....  
(podpis osoby usamodzielniającej)

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

.....  
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

**Adres i numer telefonu kandydata do pełnienia funkcji opiekuna usamodzielnienia:**

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