

Wadowice,

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

WSKAZANIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wskazuję Panią/Pana, zam.

na opiekuna usamodzielnienia, która/który podejmuje się pełnienia zadań określonych w indywidualnym programie usamodzielnienia.

Dane osobowe opiekuna usamodzielnienia:

1. Imię i nazwisko

.....

2. PESEL

.....

3. Seria i numer dowodu osobistego

.....

4. Adres zamieszkania / miejsca pracy

.....

5. Telefon

.....

6. Stopień pokrewieństwa / stanowisko pracy

.....

.....
(podpis osoby usamodzielnianej)

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla

(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

na okres usamodzielnienia / do czasu pozostania w placówce i **zobowiązuję się do należytego wykonywania zadań, które zostaną określone w indywidualnym programie usamodzielnienia.**

Wadowice, dnia

(podpis opiekuna usamodzielnienia)

Akceptuję opiekuna usamodzielnienia

Wadowice, dnia

.....
Pieczałka i podpis Dyrektora PCPR