

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

.....
(e-mail)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Narutowicza 6

06-500 Mława

Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia.

W związku powyższym oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji:
 - opiekuna osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej*,
 - kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej*.
2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Korzystam z pełni praw publicznych.
4. Mój stan zdrowia pozwala na pełnienie funkcji:
 - opiekuna osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej*,
 - kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej*.
5. Nie byłem(-am) skazany(-a) za przestępstwo popełnione umyślnie.
6. Posiadam odpowiednią postawę moralną.

.....
(podpis)

*właściwe podkreślić