



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU

21-040 Świdnik, ul. E. Orzeszkowej 4 tel. 81 751 54 32 | fax. 81 759 17 35

e-mail: kancelaria@pcpr-swidnik.pl | www.pcpr-swidnik.pl

.....
/ imię i nazwisko osoby usamodzielnianej /

.....
/ PESEL /

.....
/ adres zamieszkania /

Wskazuję Panią/Pana na opiekuna usamodzielnienia
.....
/imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia/
usamodzielnienia, która/który podejmuje się do 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 w placówce)
5. Telefon kontaktowy
6. Stopień pokrewieństwa/stanowisko w placówce

Świdnik, dnia

.....
/czytelny podpis osoby usamodzielnianej/

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna 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.**

Świdnik, dnia

.....
/czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia/

Akceptuję opiekuna usamodzielnienia

Świdnik, dnia

.....
Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdniku