

Żyrardów, dn.,

.....
(Imię i nazwisko usamodzielniającego się wychowanka)

.....
(Adres zamieszkania wychowanka/i)

.....

**Do Dyrektora
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Żyrardowie**

Ja niżej podpisany/a na opiekuna mojego usamodzielnienia wskazuję
Panią/Pana

(imię i nazwisko)

zam.,

(adres zamieszkania)

.....

(data i podpis wychowanka)

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna
uczestniczącego w procesie usamodzielnienia wychowanka/i pieczy zastępczej
.....ur. i zobowiązuje się
do współdziałania w realizacji w/w wspólnie opracowanego indywidualnego programu
usamodzielnienia.

.....

(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

Wyznaczam Panią/Pana
na opiekuna usamodzielnienia

.....

(data i podpis koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej/
pracownika socjalnego)

.....

(data i podpis dyrektora PCPR)