

Świnoujście, dnia 2017r.

Imię

Nazwisko

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy:

.....

**Dyrektor Miejskiego Ośrodka
Pomocy Rodzinie
w Świnoujściu**

Zgłaszam swoją kandydaturę do pełnienia funkcji opiekuna prawnego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej*. W związku z powyższym oświadczam, iż:

- 1) posiadam obywatelstwo polskie, pełną zdolność do czynności prawnych,
- 2) korzystam z pełni praw publicznych,
- 3) mój stan zdrowia pozwala na pełnienie funkcji opiekuna prawnego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej*,
- 4) posiadam nieposzlakowaną opinię,
- 5) nie byłam/em* skazana/y* za przestępstwo popełnione umyślnie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów prowadzenia rekrutacji i ewidencji kandydatów na opiekunów prawnych/kuratorów* osób ubezwłasnowolnionych oraz sprawowania funkcji.

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić