Świnoujście, dnia …………...…................

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