…….
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

…….
(adres zamieszkania)

……/……..
(telefon) (e-mail)

W związku z osiągnięciem przeze mnie pełnoletności w dniu …… **wskazuję na opiekuna usamodzielnienia** Panią/Pana ……..……. która/który podejmuje się pełnienia funkcji opiekuna usamodzielnienia i daje rękojmię należytego wykonywania powierzonych mu zadań.

Dane osobowe opiekuna usamodzielnienia:

Imię i nazwisko …….……

Adres zamieszkania ……..……

Telefon kontaktowy …….…….

Stopień pokrewieństwa/stanowisko w placówce …….…….

……..
(data i czytelny podpis osoby usamodzielnianej)

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla:

……..
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z poniższymi zadaniami opiekuna osoby usamodzielnianej.

1. Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej.
2. Opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą programu usamodzielnienia.
3. Współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz gminą.
4. Opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i kontynuowanie nauki.
5. Ocena realizacji programu usamodzielnienia oraz jego modyfikacja.

……..……..
(data i czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia)

Akceptuję w/w osobę na opiekuna usamodzielnienia

……..……..
(data i podpis Dyrektora PCPR w Sztumie)