……, dnia ……
(miejscowość)

……
(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 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. 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)