

(miejsowość i data)

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(Tel. kontaktowy)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Rzepnikowskiego 9a  
14-260 Lubawa

### **Oświadczenie kandydata na opiekuna prawnego**

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia.

Niniejszym oświadczam, że zgłaszam się jako kandydat na opiekuna prawnego dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej.

W związku powyższym oświadczam, iż:

- 1) Jestem obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej
- 2) Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) Korzystam z pełni praw publicznych;
- 4) Mój stan zdrowia pozwala na pełnienie funkcji opiekuna osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej
- 5) Nie byłem/am skazany/a za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 6) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji.

.....

podpis

\* właściwe podkreślić