

## OŚWIADCZENIE

Ja .....

(imię i nazwisko)

zam. : .....

wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna prawnego dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej–pensjonariusza Domu Pomocy Społecznej Zakonu Bonifratrów w Iwoniczu- wskazanej imiennie przez Sąd Rejonowy w Brzozowie III Wydz. Rodzinny i Nieletnich.

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)