

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

.....  
(e-mail)

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Radlinie**  
ul. Ludwika Solkiego 15  
44-310 Radlin

Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia.

W związku powyższym oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji:
  - opiekuna osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej\*,
  - kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej\*,
  - kuratora osoby niepełnosprawnej\*,
  - kurator dla dziecka poczętego a nie urodzonego\*.
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\*,
  - kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej\*,
  - kuratora osoby niepełnosprawnej\*,
  - kurator dla dziecka poczętego a nie urodzonego\*.
5. Nie byłem(-am) skazany(-a) za przestępstwo popełnione umyślnie.
6. Posiadam odpowiednią postawę moralną.

.....  
(podpis)

\*właściwe podkreślić