

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

O ś w i a d c z e n i e

1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Starogardzie Gdańskim (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych)

.....
(podpis)

2) Oświadczam, że skazany/skazana prawomocnym wyrokiem Sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

.....
(podpis)

3) Oświadczam, że pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

.....
(podpis)

4) Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest i nie była mi ograniczona ani zawieszona.

.....
(podpis)

5) Oświadczam, że ciąży na mnie obowiązek alimentacyjny wynikający z tytułu egzekucyjnego.

.....
(podpis)

Podstawa prawna art. 42 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej