……………………………………………… …...…………...…………………..

(imię i nazwisko) (miejscowość i data)

……………….……………………………...

……………….……………………………...

(adres zamieszkania)

……………….……………………………...

(tel. kontaktowy)

**Miejski Ośrodek**

**Pomocy Społecznej**

**ul. Powstańców 15**

**47-420 Kuźnia Raciborska**

Zgłaszam swoją kandydaturę do pełnienia funkcji opiekuna prawnego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej\*

W związku z powyższym oświadczam, iż:

1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;

2) korzystam z pełni praw publicznych;

3) mój stan zdrowia pozwala na pełnienie funkcji opiekuna prawnego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej;

4) posiadam nieposzlakowaną opinię;

5) nie byłam/em skazana/y za przestępstwo popełnione umyślnie.

6)Wyrażam zgodę, stosownie do przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.), na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kuźni Raciborskiej do celów prowadzenia ewidencji kandydatów na opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych całkowicie i kuratorów osób częściowo ubezwłasnowolnionych.

\*niepotrzebne skreślić

…………………….……………

(czytelny podpis)

W załączeniu:

CV