



Załącznik Nr 2
do Zarządzenia Nr 72.2026
Dyrektora MOPS
z dnia 24.09.2026r.

Oświadczenie

Instrukcja wypełniania

Wypełnij formularz.

1. W przypadku pisma odręcznego – wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem
2. Wypełnij puste pola oznaczone linią
3. W tabeli wpisz dane w kolumnie po prawej stronie
4. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Miejscowość, data:	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego:	

Ja niżej podpisany/podpisana, będąc opiekunem prawnym (wpisz imię i nazwisko osoby
pozostającej pod opieką) _____

wyrażam zgodę na jego/jej odbieranie z Centrum Pomocy Dziecku Niepełnosprawnemu i Jego
Rodzinie w Częstochowie od dnia _____ do dnia _____ przez niżej
wymienione osoby:

(wypełnij tabelę poprzez uzupełnienie danych, wskazanych w poszczególnych nagłówkach
kolumn)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:	Stopień pokrewieństwa / relacji w stosunku do osoby upoważniającej (np. siostra, znajomy/znajoma itp.):	Numer dowodu osobistego:	Odbieranie faktur za świadczenia Centrum (wpisz TAK lub NIE):	Podpisywanie karty zabiegowej, listy wydawanych poisłków (wpisz TAK lub NIE):	Udzielanie informacji o prowadzonej terapii, poziomie funkcjonowania, podpisywanie kart konsultacji (wpisz TAK lub NIE):



W związku z powyższym osoba/osoby przeze mnie upoważnione są pełnoletnie i przejmują wszelką odpowiedzialność za bezpieczeństwo ww. osoby pozostającej pod moją opieką.

Czytelny podpis opiekuna prawnego:

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Częstochowie
(-) Małgorzata Mruszczyk**