

Załącznik nr 12

do Standardów Ochrony Małoletnich w MOPS w Żarach

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż otrzymałam/em wersję zupełną Standardów Ochrony Małoletnich w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Żarach.

Data,

.....
podpis