Załącznik nr 4

..... Stargard, dnia.....

(imię i nazwisko)

.....…

(adres zamieszkania)

.....

(numer telefonu)

Oświadczenie

Oświadczam, że zrzekam się pełnienia funkcji opiekuna usamodzielnienia dla Pana/Pani.....……..

Powodem mojej rezygnacji jest:.....……

.....…….

.....…….

.....…….

.....…

(podpis)