Trzcianka, dnia .....

.....
(imię i nazwisko wychowanka)

.....
(adres)

.....

.....
(telefon)

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Trzciance

W związku z uzyskaniem pełnoletności w dniu ....., jako wychowanek/wychowanka rodziny zastępczej/placówki
.....
.....
(imiona i nazwisko rodziny zastępczej/nazwa placówki)

Oświadczam, że nie opuszczam/ opuszczam rodziny zastępczej/rodzinę zastępczą i na opiekuna usamodzielnienia wskazuję
Panią/Pana.....
.....
(imię i nazwisko opiekuna, stopień pokrewieństwa, adres, telefon)

.....
(data i podpis wychowanka)