

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(tel. kontaktowy)

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**  
**w Gaworzycach**  
ul. Okrężna 85,  
59-180 Gaworzyce

Zgłaszam swoją kandydaturę do pełnienia funkcji opiekuna prawnego osoby całkowicie 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 praw osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej;
- 4) posiadam nieposzlakowaną opinię;
- 5) nie byłam/em skazana/y za przestępstwo popełnione umyślnie.

.....  
(podpis)