

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko:

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, iż w dniu _____ zostałam/zostałem zapoznana/zapoznany z Polityką ochrony dzieci przed krzywdzeniem obowiązującą w Centrum Pomocy Dziecku Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Częstochowie. Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się przestrzegać postanowienia w niej zawarte.

Czytelny podpis:

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