

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, iż w dniu _____ zostałam/zostałem zapoznana/zapoznany z Polityką ochrony dzieci przed krzywdzeniem, która obowiązuje w Centrum Pomocy Dziecku Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie w Częstochowie.

Czytelny podpis opiekuna prawnego:

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