

Załącznik nr 2  
do Zarządzenia Nr 19.2022  
Dyrektora MOPS  
z dnia 11.04.2022 r.

Częstochowa, dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/imię i nazwisko opiekuna tymczasowego/

\_\_\_\_\_  
/adres pobytu/

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zostałem/zostałam zapoznany/zapoznana z informacjami dotyczącymi celu wizyty pracownika socjalnego. Informacje przekazane mi, zrozumiałem/zrozumiałam.

Ponadto oświadczam, iż wszystkie podane informacje i dane są zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się do powiadomienia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Częstochowie o każdorazowej zmianie miejsca zamieszkania/pobytu swojego jak i dziecka/dzieci nad którym/którymi sprawuję opiekę tymczasową.

\_\_\_\_\_  
(podpis opiekuna tymczasowego)

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