Uchanie, dnia ………………………………………

……………………………………………………………

(Imię i nazwisko)

……………………………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………………………………

**O Ś W I A D C Z E N I E \***

Jestem świadoma/świadomy1) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam również, że pracownik socjalny poinformował mnie   
o obowiązkach określonych w art. 109 ustawy o pomocy społecznej, cyt.: „ Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej

i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń.”

Ponadto oświadczam, że

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………… ………………………………………………………………

Podpis pracownika przyjmującego Własnoręczny podpis składającego

oświadczenie oświadczenie

1) niepotrzebne skreślić