

.....
(miejscowość, data)

Dane osoby składającej wniosek¹:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

**Miejsko Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Drohiczynie**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE DO
CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNEGO W PUTKOWICACH NADOLNYCH**

Zwracam się z prośbą o skierowanie Pana / Pani²..... na
pobyt dzienny / całodobowy² do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego w Putkowicach Nadolnych.

.....
*(czytelny podpis kandydata na uczestnika lub osoby
uprawnionej do jego reprezentowania).*

**W przypadku składania wniosku przez osobę uprawnioną należy załączyć kopię
pełnomocnictwa.**

¹Wypełnia kandydat na uczestnika COM lub osoba uprawniona do reprezentacji kandydata. Do reprezentacji kandydata uprawnia zaświadczenie Sądu Rodzinnego (dotyczy osób ubezwłasnowolnionych).

² Niepotrzebne skreślić