PROGRAM OPIEKA WYTCHNIENIOWA

– EDYCJA 2023

Program finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego

Wieleń, …………………………………..

…………………….……………………………

Imię i nazwisko

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na weryfikację mojej osoby w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym, w celu uzyskania potwierdzenia o niekaralności za przestępstwa na tle seksualnym.

Wiąże się to z obowiązkiem, określonym w art. 21 ust. 1 Ustawy

o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Nazwisko rodowe:

Imiona rodziców:

…………………………………………………

czytelny podpis