…………………………………………

(miejscowość, data)

……………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………………………………………………….

(ulica, numer domu)

……………………………………………………………………….

(miejscowość)

……………………………………………………………………….

(tel. kontaktowy)

Wyrażam zgodę na pracę w Zespole Interdyscyplinarnym, funkcjonującym przy Ośrodku Pomocy Społecznej w Pszczewie.

………………………………………

(podpis)