

Słupsk, dnia r.

.....
Imię i nazwisko
.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na wystąpienie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku o zaświadczenie o niekaralności do Krajowego Rejestru Karnego prowadzonego przez Ministerstwo Sprawiedliwości.

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić