

Imię i nazwisko ……………………………………………….. Libiąż, dnia ……………………..

adres zamieszkania …………………………………………

pesel …………………………………………………………….

**ZGODA KANDYDATA/KANDYDATKI NA UDOSTEPNIENIE INFORMACJI Z OPS W PROJEKCIE „ ZŁAP SZANSĘ - ROZWÓJ I WZMACNIANIE POSTAW SPOŁECZNYCH U WYCHANKÓW SWIETLICY ŚRODOWISKOWEJ W LIBIĄŻU”**

Wyrażam zgodę na udostępnienie Świetlicy Środowiskowej w Libiążu przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu zaświadczenia o korzystaniu z pomocy OPS w Libiążu w oparciu o kryteria wynikające z ustawy o pomocy społecznej oraz dokumentów o dochodach mojej rodziny. Ww. dokumenty są niezbędne w celu weryfikacji przez świetlicę kryteriów udziału w Projekcie i zostaną użyte wyłącznie w tym celu.

…………………………………………………………………………….

(Data i czytelny podpis )