Tryszczyn …………….

ZAŚWIADCZENIE

**Pani/Pan**.................................................................................................................................................

**zam**.........................................................................................................................................................

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu opieki całodobowej.

....................................................

***podpis Pensjonariusza/Opiekuna Prawnego ubiegającej się*** ***o umieszczenie domu opieki całodobowej***