

Imię i nazwisko .....

Stanowisko .....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że zapoznałam/em się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Konin, dnia .....

Podpis .....