

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Dyrektor

Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

w Gnieźnie

ul. Dworcowa 7

62-200 Gniezno

Wniosek

Wnoszę o skierowanie do ośrodka wsparcia w formie klubu samopomocy przy ul. Sportowej 1 w Gnieźnie i oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gnieźnie.

(czytelny podpis osoby składającej wniosek)