

OŚWIADCZENIE

Ja
ur. w
legitymujący/a się dowodem osobistym nr
zam.
zobowiązuję się płacić dobrowolne alimenty w kwocie miesięcznie płatne
do - tego każdego miesiąca począwszy od miesiąca na rzecz mojego
dziecka umieszczonego w rodzinie
zastępczej / rodzinnym domu dziecka / placówce opiekuńczo – wychowawczej*.

.....

data i czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić