**Załącznik nr 3**do Polityki ochrony małoletnich przed krzywdzeniem
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Wolsztynie

**OŚWIADCZENIE O ZNAJOMOŚCI I PRZESTRZEGANIU**

**ZASAD ZAWARTYCH**

**W POLITYCE OCHRONY MAŁOLETNICH PRZED KRZYWDZENIEM**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Polityką ochrony małoletnich przed krzywdzeniem stosowaną w Ośrodku Pomocy Społecznej w Wolsztynie i zobowiązuję się
do jej przestrzegania.

Wolsztyn, dnia…………………… ………………………………………

 ( czytelny podpis )