



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Aleja Lipowa 27
87-126 Obrowo

dnia:

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

.....

jest / nie jest* osobą, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego.

.....
podpis i pieczęć kierownika GOPS

* niepotrzebne skreślić