

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