

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
(miejsce zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**ORGANIZATOR RODZINNEJ
PIECZY ZASTĘPCZEJ**
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Pocztowa 43
72-100 Goleniów
Zespół ds. Pieczy Zastępczej

**WNIOSEK
KANDYDATA/ÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ
NIEZAWODOWEJ, ZAWODOWEJ LUB DO PROWADZENIA RODZINNEGO DOMU
DZIECKA***

Proszę o wszczęcie wobec mnie/nas procedury kwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej, zawodowej lub do prowadzenia rodzinnego domu dziecka* zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 135 z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, iż zapoznałam/em się i akceptuję warunki powyższej procedury.

Uzasadnienie wniosku.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić