....

(Imię i nazwisko) (miejscowość i data)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(telefon kontaktowy)

ORGANIZATOR
RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Sobieskiego 9
42 – 700 Lubliniec
Zespół ds. Rodzinnej Pieczy Zastępczej

Wnoszę o przeprowadzenie oceny spełniania warunków, o których mowa w art. 42 ust. 1 i 2 jednocześnie informuję, że chcę być kandydatem na rodzinę zastępczą niezawodową / zawodową* zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej /Dz. U. z 2022 r., poz. 447, z późn. zm./.
Oświadczam, iż zapoznałam/em się i akceptuję warunki procedury kwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej.

Uzasadnienie wniosku.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

*niewłaściwe skreślić