

.....
(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 2024 r., poz. 177/.
Oświadczam, iż zapoznałam/em się i akceptuję warunki procedury kwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej.

Uzasadnienie wniosku.

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

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

*niewłaściwe skreślić