

.....

(Imię i nazwisko osoby składającej formularz)

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Imię i nazwisko małżonka osoby składającej formularz)

.....

(dokładny adres zamieszkania)

.....

(telefon kontaktowy)

Powiatowe Centrum

Pomocy Rodzinie

Pl. Kościuszki 4 B

64-100 Leszno

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

KANDYDATA/ÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

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

Oświadczam, iż akceptuję warunki powyższej procedury.

Uzasadnienie wniosku.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)