

Załącznik nr 3 do procedur kwalifikowania kandydatów na rodziny zastępcze lub do prowadzenia rodzinnego domu dziecka w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu

..... Inowrocław,

.....

(Imię i nazwisko Wnioskodawcy/ów)

.....

.....

(adres, telefon)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Inowrocławiu

OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

W związku z ubieganiem się przeze mnie o pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz przystąpieniem do procedury kwalifikowania kandydatów, wyrażam zgodę na:

- wystąpienie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu z zapytaniem o moją niekaralność do Krajowego Rejestru Karnego prowadzonego przez Ministerstwo Sprawiedliwości,
- wystąpienie, w razie potrzeby, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu o wydanie opinii do m.in. ośrodka pomocy społecznej, zakładu pracy, sąsiadów, sołtysa, szkoły, parafii na temat mojej kandydatury na rodzinę zastępczą,
- przeprowadzenie w miejscu zamieszkania wizyty domowej sprawdzającej m.in. moje warunki mieszkaniowe i predyspozycje do bycia rodziną zastępczą,
- udział w badaniach psychologicznych, pedagogicznych.

.....
(podpis/y wnioskodawcy/ów)