

Załącznik nr 1 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

WNIOSEK 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 2018 r., poz. 998 z późn.zm.).

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

Uzasadnienie wniosku.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis/y wnioskodawcy/ów)