

.....
(Imię i nazwisko osoby składającej formularz)

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko małżonka osoby składającej formularz)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**ORGANIZATOR RODZINNEJ
PIECZY ZASTĘPCZEJ
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Żaków 3
66-200 Świebodzin**

**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. Nr 149, poz. 887 z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, iż akceptuję warunki powyższej procedury.

Uzasadnienie wniosku.

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

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)