

Załącznik nr 8
do procedury kwalifikowania
kandydatów na rodziny zastępcze niezawodowe,
zawodowe lub do prowadzenia rodzinnego domu
dziecka w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie
w Słupsku

.....
Słupsk, dnia

.....
.....
.....
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Słupsku
ul. Słoneczna 15 D
76-200 Słupsk

WNIOSEK

O PRZEKWALIFIKOWANIE NA INNĄ FORMĘ PIECZY ZASTĘPCZEJ

Proszę o wszczęcie wobec mnie/nas procedury przekwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej/specjalistycznej/o charakterze pogotowia rodzinnego/rodzinnego domu dziecka* zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Jednocześnie proszę o wydanie zaświadczenia kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 45 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej potwierdzającego ukończenie szkolenia oraz spełnianie warunków do sprawowania ww. formy pieczy zastępczej.

Uzasadnienie wniosku.

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

.....
(podpis rodziny wnioskującej)

*niepotrzebne skreślić