

**Załącznik nr 14
do Procedury dot. opiniowania rodziny zastępczej
spokrewnionej i kwalifikowania
kandydatów na rodziny zastępcze niezawodowe,
zawodowe lub do prowadzenia rodzinnego domu
dziecka w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie
w Słupsku**

.....

Słupsk, dnia

.....

.....

(imię, nazwisko i adres zamieszkania)

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/zawodowej specjalistycznej/zawodowej 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.

Uzasadnienie wniosku.

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

.....

(podpis rodziny wnioskującej)

*niepotrzebne skreślić