

**Załącznik nr 1
do Procedury 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

.....

.....

(imiona, nazwiska i adres zamieszkania)

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

**WNIOSEK
KANDYDATA/ÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ
NIEZAWODOWEJ/ZAWODOWEJ/RDD***

Proszę o wszczęcie wobec mnie/nas procedury wstępnej kwalifikacji zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

Uzasadnienie wniosku.

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

.....

(podpis osoby/osób składającej/cych wniosek)

* niepotrzebne skreślić