

**Załącznik nr 7
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

.....
.....
.....
(imię, nazwisko i adres zamieszkania)

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

**WNIOSEK
O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE
KANDYDATA/ÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ**

W związku z uzyskaniem pozytywnej wstępnej kwalifikacji jako kandydat na rodzinę zastępczą proszę o skierowanie mnie na szkolenie dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej/ zawodowej/ zawodowej o charakterze pogotowia rodzinnego/ prowadzącego RDD *

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić