

**Załącznik nr 9
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.**

ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU PRAKTYK

Imię i nazwisko kandydata :

Miejsce praktyk:

Zaświadczam, iż kandydat do pełnienia funkcji rodziny zastępczej biorący udział w szkoleniu dla rodzin zastępczych niezawodowych odbył praktyki w wymiarze 10 godzin zgodnie z programem szkolenia PRIDE.

Praktyki odbywały się w dniach :

.....
Data i podpis RZZ lub RDD