

**Załącznik nr 12
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 WYDANIE ZAŚWIADCZENIA KWALIFIKACYJNEGO

W związku z ukończeniem przeze mnie szkolenia dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej, zawodowej, rodzinnego domu dziecka* proszę o wydanie zaświadczenia kwalifikacyjnego zawierającego potwierdzenie ukończenia szkolenia, spełniania warunków, o których mowa w art. 42 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz posiadania predyspozycji i motywacji do sprawowania pieczy zastępczej.

.....

(podpis osoby składającej wniosek)

* niepotrzebne skreślić