

**Załącznik nr 15  
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 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