

**Załącznik nr 3**

.....  
(Imię i nazwisko osoby składającej wniosek)

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko osoby składającej wniosek)

.....  
(dokładny adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
ORGANIZATOR RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ  
ul. Dworcowa 22  
72 – 300 Gryfice**

**WNIOSEK**

**KANDYDATÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ  
ZAWODOWEJ / NIEZAWODOWEJ / RODZINNEGO DOMU DZIECKA \***

Proszę o wszczęcie wobec mnie/nas procedury kwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej/ niezawodowej/ rodzinnego domu dziecka\* zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w tym umożliwienie udziału w stosownym szkoleniu.

Uzasadnienie wniosku.

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

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

\*zaznaczyć właściwe