*Załącznik Nr 11*

…… ……..…..
(Imię i nazwisko osoby składającej wniosek) (miejscowość i data)

……
(Imię i nazwisko małżonka osoby składającej wniosek)

……
(dokładny adres zamieszkania)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**
**Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej**
ul. Konstytucji 3-go Maja 16,
05-300 Mińsk Mazowiecki

**WNIOSEK**
**O PRZEKWALIFIKOWANIE NA INNĄ FOMĘ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

Proszę o wszczęcie wobec mnie/nas procedury przekwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej/specjalistycznej/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.

Jednocześnie proszę o wydanie zaświadczenia kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 45 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej potwierdzającego ukończenie szkolenia oraz spełnianie warunków do sprawowania ww. formy pieczy zastępczej.

Uzasadnienie wniosku.

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

……..
(podpis rodziny wnioskującej)

*niepotrzebne skreślić