

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

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

**WNIOSEK
O PRZEKWALIFIKOWANIE NA INNĄ FORMĘ 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 składającego wniosek)

* właściwe zaznaczyć