Załącznik **nr 2** do Procedury kwalifikowania kandydatów na rodziny

 zastępcze niezawodowe, zawodowe lub do prowadzenia

 rodzinnego domu dziecka w Powiecie Gdańskim

**…………………………………………………. …………………………………………………………..**

 **Imię i nazwisko wnioskodawcy Miejscowość i data**

**…………………………………………………..**

 **Adres zamieszkania**

**………………………………………………….**

 **telefon kontaktowy**

**Wniosek**

**kandydata o wszczęcie procedury kwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej i skierowanie na szkolenie**

Proszę o wszczęcie wobec mnie procedury kwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów ustawy z dnia
9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz skierowanie na szkolenie dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej /zawodowej/specjalistycznej/pogotowia rodzinnego, prowadzącego rodzinny dom dziecka\*.

Uzasadnienie wniosku:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………….

\*niepotrzebne skrześlić podpis wnioskodawcy