Załącznik nr 22

……………………………………

 (imiona i nazwiska)

……………………………………

 (adres zamieszkania)

…………………………………..

 (telefon)

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W TURKU**

**ORGANIZATOR RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

**ZESPÓŁ DS. RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA KWALIFIKACYJNEGO**

Zwracam/my się z prośbą o wydanie zaświadczenia kwalifikacyjnego do pełnienia funkcji.\*:

□ niezawodowej rodziny zastępczej.

□ zawodowej rodziny zastępczej w tym

 □ pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego

 □ specjalistycznej

□ prowadzącego rodzinny dom dziecka

Miejscowość …………………………… Data ……………………………….

………………………………………………………..

(podpis/y osoby/ób składającej/ych wniosek)

Załącznik:

1. Świadectwo ukończenia stosownego szkolenia.

\*zaznaczyć właściwe ( znak X)