Załącznik nr 24

……………………………………………….…

(imię i nazwisko osoby/ób składającej wniosek)

………………………………………………….

(dokładny adres zamieszkania)

………………………………………………….

(telefon kontaktowy)

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W TURKU**

**ORGANIZATOR RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

**ZESPÓŁ DS. RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

**WNIOSEK KANDYDATA/ÓW O PRZEKWALIFIKOWANIE**

Proszę/prosimy o wszczęcie wobec mnie/nas procedury przekwalifikowania, w tym umożliwienie udziału w stosownym szkoleniu i uzyskania kwalifikacji do pełnienia funkcji\*:

□ zawodowej rodziny zastępczej w tym

 □ pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego

 □ specjalistycznej

□ prowadzącego rodzinny dom dziecka

**Uzasadnienie wniosku.**

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

Oświadczam, iż zapoznałam/łem/liśmy się z zasadami procedury kwalifikacyjnej i akceptuję / emy jej warunki.

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

………………………………………………………..

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

\* zaznaczyć właściwe ( znak X)