Wzór

………………………………………………………………………….

(miejscowość, data)

………………………………………………………….

………………………………………………………….

…………………………………………………………..

………………………………………………………...

(imię, nazwisko, adres, nr telefonu)

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

w Nakle nad Notecią

Zespół ds. pieczy zastępczej

ul. Dąbrowskiego 46

89-100 Nakło nad Notecią

**ZGODA NA PEŁNIENIE FUNKCJI RODZINY POMOCOWEJ**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji rodziny pomocowej dla ………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka/dzieci)

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

na okres od …………………………………………………………………………….do ………………………………………………………

……………………………………………………………..

(podpis składającego oświadczenie