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