

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

O Ś W I A D C Z E N I E
KANDYDATÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję procedurę kwalifikowania kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, jak również wyrażam zgodę na wizytę w miejscu zamieszkania i udział w badaniach psychologicznych.

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie