

ZGODA NA PODJĘCIE WSPÓŁPRACY RODZINY Z ASYSTENTEM

nazwisko rodziny

adres zamieszkania

imiona dorosłych członków rodziny

adres do korespondencji

Zgodnie z Art. 8.3 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r.
o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

„Wspieranie rodziny jest prowadzone za jej zgodą i aktywnym udziałem,
z uwzględnieniem zasobów własnych
oraz źródeł wsparcia zewnętrznego

WYRAŻAM ZGODĘ *) **NIE WYRAŻAM ZGODY *)**

na

wspieranie naszej RODZINY przez ASYSTENTA RODZINY
w celu przezwyciężaniu trudności
w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych.

*) Niepotrzebne skreślić

DATA PODPISANIA DOKUMENTU:

PODPISY DOROSŁYCH CZŁONKÓW RODZINY:

imię i nazwisko	seria i numer dowodu osobistego	czytelny podpi

DOKUMENT PODPISANY ZOSTAŁ W OBECNOŚCI:

imię i nazwisko	Stanowisko, numer legitymacji służbowej	czytelny podpis

