

nazwisko i imię:

ulica / miejscowość:

19-500 Gołdap

ZGODA NA WSPIERANIE RODZINY PRZEZ ASYSTENTA RODZINY

Zgodnie z art. 8 pkt 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011r., Nr 149, poz. 887 z późn. zm.)

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

na wspieranie mojej rodziny przez asystenta rodziny zatrudnionego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gołdapi.

.....
czytelny podpis

.....
podpis asystenta

Gołdap,

nazwisko i imię:

ulica / miejscowość:

19-500 Gołdap

ZGODA NA WSPIERANIE RODZINY PRZEZ ASYSTENTA RODZINY

Zgodnie z art. 8 pkt 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011r., Nr 149, poz. 887 z późn. zm.)

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

na wspieranie mojej rodziny przez asystenta rodziny zatrudnionego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gołdapi.

.....
czytelny podpis

.....
podpis asystenta

Gołdap,