....., dnia.....

.....
/Imię i nazwisko rodziny zastępczej lub prowadzącego RDD/
.....

.....
/Adres zamieszkania/

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Słupsku
al. Sienkiewicza 20

OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA WYZNACZENIE KOORDYNATORA RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ

Oświadczam/oświadczamy*, że nie wyrażam/nie wyrażamy* zgody na wyznaczenie i objęcie mnie/nas* opieką koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej.

.....
/Podpis rodziny zastępczej lub prowadzącego RDD/

*niepotrzebne skreślić
** w przypadku małżeństwa podpis obojga rodziców zastępczych lub prowadzących RDD