

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

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

.....
/Adres zamieszkania/

**Kierownik
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Śremie
ul. Dutkiewicza 5**

**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