**Załącznik 13**

**do procedury kwalifikowania**

………………………………………… …………………………………

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) (Miejscowość i data)

(miejsce zamieszkania)

 (PESEL)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu**

**Organizator Pieczy Zastępczej**

**ul. Podrzeczna 30**

**99-400 Łowicz**

**WNIOSEK**

**O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA KWALIFIKACYJNEGO**

W związku z ukończeniem szkolenia dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej, niezawodowej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka proszę o wydanie zaświadczenia kwalifikacyjnego o którym mowa w art. 45 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020r. poz. 821) potwierdzającego spełnianie warunków wynikających z art. 42 ustawy oraz posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

……………………………………………

(podpis)