

.....
miejsowość, data

ZGODA NA WSPÓŁPRACĘ Z ASYSTENTEM RODZINY

Imiona i nazwisko dorosłych członków rodziny:

-
-

Adres zamieszkania:

Zgodnie z art. 8 ust 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
(DZ.U. 2022 poz. 447)

**„ 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

.....
(imię i nazwisko)

w celu przezwyciężenia trudności w niewypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych.

Podpisy dorosłych członków rodziny:

.....
.....

Podpis pracownika socjalnego:

.....

*niepotrzebne skreślić