*Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie*

*ul. Staszica 1 A , 67-100 Nowa Sól*

*tel. 68 457 43 30*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** (załącznik nr 1)

**na szkolenie dla kandydatów na rodziny zastępcze**

1. Imię i nazwisko kandydatów (małżonków, nazwisko rodowe kandydatki) lub kandydata\*: (nr dowodu osobistego lub innego dokumentu)

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

2. Adres zamieszkania:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

3. Rok urodzenia kandydatów (małżonków) lub kandydata\*:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

4. Numer telefonu kontaktowego:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

5. Imiona rodziców kandydatów lub kandydata, nazwisko rodowe matki

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

\*w przypadku małżeństw należy podać dane obu osób

……………………….……………………..

data i czytelny podpis kandydata lub kandydatów na rodzinę zastępczą