**OŚWIADCZENIE**

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia – art. 233 § 1 kodeksu karnego\* i oświadczam, co następuje:

**Rodzice zastępczy dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzice zastępczy** | **Matka zastępcza** | **Ojciec zastępczy** |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |  |
| PESEL |  |  |
| Obywatelstwo |  |  |
| Numer i seria dowodu tożsamości |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania |  | |
| Telefon kontaktowy  Adres e-mail |  |  |
| Stan cywilny |  |  |
| Wykształcenie |  |  |
| Zawód wykonywany |  |  |
| Miejsce pracy  Nazwa, adres: |  |  |
| Typ umowy o pracę |  |  |
| Wszystkie źródła dochodu (wynagrodzenie za pracę, alimenty, renta, emerytura itp.) |  |  |
| Stan zdrowia:[[1]](#footnote-1)  Choroby przewlekłe: |  |  |
| Ukończone szkolenia dla kandydatów na rodziców zastępczych:  Termin odbytego szkolenia  Organizator  Numer zaświadczenia o odbytym szkoleniu[[2]](#footnote-2) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzice zastępczy** | **Matka zastępcza** | **Ojciec zastępczy** |
| Warunki mieszkaniowe:  Typ własności  Metraż  Liczba pomieszczeń  Liczba pokoi  Poziom wyposażenia  Braki w wyposażeniu |  | |
| Typ rodziny zastępczej:  (spokrewniona, niezawodowa, zawodowa, zawodowa-specjalistyczna) |  | |
| Imię i nazwiska dziecka/dzieci umieszczonego/ych w rodzinie zastępczej |  | |
| Gotowość do przyjęcia kolejnych dzieci:  Tak (liczba dzieci):  Nie: |  | |

**Uwagi:**

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

**\* Art. 233 § 1 KK: Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sadowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.**

**Zostałem pouczony(a) o obowiązku poinformowania Starosty, za pośrednictwem Powiatowego Pomocy Rodzinie, o każdej zmianie powyższych danych oraz do przedstawiania co 2 lata zaświadczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – zgodnie z art. 46 ust. 3 ustawy z dnia 09 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. 2020 poz. 821)**

………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………..

***podpis matki zastępczej podpis ojca zastępczego***

Miejscowość……………………………………………… Data……………………………………………….

1. Należy dołączyć zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny  
    zastępczej wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy dołączyć poświadczenie odbytego szkolenia wraz z określeniem jego zakresu [↑](#footnote-ref-2)