



Załącznik nr 4 do Procedury kwalifikowania kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej, niezawodowej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie

## O Ś W I A D C Z E N I E

oświadczam, co następuje:

Ja niżej podpisany(a) jako Kandydat(ka) na szkolenie dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka:

.....  
imię i nazwisko

urodzony(a) – data i miejsce urodzenia.....

obywatelstwo.....

zamieszkały(a):

kod pocztowy ..... miejscowość..... poczta.....

ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

seria i nr dowodu osobistego ..... PESEL .....

numer telefonu kontaktowego.....

stan cywilny<sup>1</sup> .....

data zawarcia związku małżeńskiego .....

data zakończenia małżeństwa<sup>2</sup>.....

wykształcenie.....

zawód wyuczony..... zawód wykonywany.....

źródło dochodu:

typ umowy o pracę.....

miejsce pracy.....

inne źródło dochodu.....

<sup>1</sup> Należy załączyć aktualne (wydane w okresie 6 poprzedzających miesięcy) zaświadczenie z urzędu stanu cywilnego o stanie cywilnym lub w przypadku kandydatów pozostających w związku małżeńskim (obecnie lub w przeszłości) – aktualny (tj. wydany w okresie 3 miesięcy poprzedzających dostarczenie) odpis aktu małżeństwa

<sup>2</sup> W przypadku rozwodu – należy załączyć odpis prawomocnego orzeczenia sądu o rozwodzie



karalność (data wyroku, nr sprawy, artykuł, wyrok).....

ograniczenia w zdolności do czynności prawnych.....

dzieci własne (płeć, data urodzenia).....

władza rodzicielska (obecnie i w przeszłości):

pełna       ograniczona       zawieszona       pozbawiona

wypełnianie obowiązku alimentacyjnego.....

warunki mieszkaniowe:

rodzaj zajmowanego lokalu ..... typ własności ..... metraż .....

liczba pomieszczeń..... liczba pokoi..... poziom wyposażenia.....

stan zdrowia (należy dołączyć zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej):

choroby przewlekłe.....

choroby przewlekłe występujące u członków rodziny wspólnie zamieszkałych.....

uzależnienia.....

ubieganie się o pełnienie funkcji rodziny zastępczej / adopcyjnej przed obecną wstępną kwalifikacją

nie       tak (kiedy i z jakim skutkiem).....

motywacja zgłoszenia się na szkolenie dla Kandydatów na rodzinę zastępczą, inne ważne informacje

Miejscowość .....

Data.....

.....  
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie