

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Lubinie**
ul. Kilińskiego 25A
59-300 Lubin

kandydata/kandydatów do pełnienia funkcji rodziny wspierającej

1. Imię i nazwisko

2. Imię i nazwisko

3. Adres zamieszkania

4. Nr telefonu adres e-mail

5. Uzasadnienie (proszę wskazać motywację do pełnienia funkcji rodziny wspierającej oraz zwięźły opis sytuacji rodzinnej i mieszkaniowej)

[illegible]

Podpis (czytelny)

1.

2.

Oświadczenia
kandydata/kandydatów do pełnienia funkcji rodziny wspierającej

Zostałem/am zapoznany/a z wymaganiami niezbędnymi do pełnienia funkcji wspierającej oraz sposobami ich weryfikacji, a także zobowiązuję się umożliwić dokonanie weryfikacji tych wymagań przez pracowników MOPS w Lubinie, w tym do przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Lubin, dnia Podpis (czytelny)

1.

2.

Nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo, ani nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

Jednocześnie oświadczam, że wszystkie informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą.

Lubin, dnia Podpis (czytelny)

1.

2.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych, zawartych w niniejszym wniosku, przez administratora danych osobowych Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubinie w zakresie niezbędnym do ustanowienia mnie/nas rodziną wspierającą.

Lubin, dnia Podpis (czytelny)

1.

2.