

OPINIA

Na podstawie przeprowadzonej analizy, o której mowa w art. 42 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, po zapoznaniu się z dokumentacją kandydatów i opinią psychologiczną dotyczącą predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, zespół kwalifikujący kandydatów stwierdza, że Państwo/Pani/Pan

spełniają warunki o których mowa w art. 42 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej i mogą odbyć szkolenie, o którym mowa w art. 43 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,

spełniają warunki o których mowa w art. 42 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej do pełnienia funkcji rodziny zastępczej spokrewnionej i zostaną skierowani na szkolenie, o którym mowa w art. 44 ust. 5 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,

nie spełniają warunków o których mowa w art. 42 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (uzasadnienie):.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczęć i podpisy zespołu kwalifikującego kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej



SKIEROWANIE NA SZKOLENIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu - Organizator rodzinnej pieczy zastępczej kieruje Państwo/Panią/Panana szkolenie dla kandydatów na:

- zawodową rodzinę zastępczą,
- niezawodową rodzinę zastępczą,
- spokrewnioną rodzinę zastępczą,
- rodzinny dom dziecka,

Szczegóły dotyczące szkolenia zostaną przekazane odrębnym pismem.

.....
pieczęć i podpis Kierownika PCPR w Żywcu



Miejscowość dnia.....

SKIEROWANIE NA PRAKTYKI

W związku ze skierowaniem na szkolenie dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu - Organizator rodzinnej pieczy zastępczej kieruje Państwa/Panią/Panana praktyki w wymiarze 10h.

Miejsce odbywania praktyk.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyk

.....
pieczęć i podpis Kierownika PCPR w Żywcu

Miejscowość dnia.....

KARTA PRAKTYK

Potwierdzam odbycie praktyk przez kandydatów/kandydata.....

Miejsce odbywania praktyk

wg. poniższego harmonogramu

Data	Liczba godzin	Wykonywane czynności/ zadania/obserwacje/ poruszane tematy	Podpis opiekuna
RAZEM		X	X

OPINIA DOTYCZĄCA PRZEBIEGU PRAKTYKI

.....

.....

.....

.....
Data i podpis opiekuna praktyk

akceptuję/nie akceptuję

.....

data i podpis Kierownika PCPR

