Stargard Szczeciński, dnia …………………………..

……………………………………..

 (imię i nazwisko)

……………………………………..

 (adres)

……………………………………..

……………………………………..

 (telefon)

 Dyrektor

 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

 w Stargardzie

 Zwracam się z prośbą o odstąpienie od ustalenia odpłatności za pobyt dziecka / dzieci ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w pieczy zastępczej.

Prośbę motywuję tym, że:

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

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

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

 ……………………………………………….

 (czytelny podpis)