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)