

## ZGODA NA PODJĘCIE WSPÓŁPRACY RODZINY Z ASYSTENTEM

nazwisko rodziny	adres zamieszkania
<div></div>	<div></div>
imiona dorosłych członków rodziny	adres do korespondencji
<div></div>	<div></div>
<div></div>	

Zgodnie z art. 8.3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r.  
**o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej**  
(Dz. U. z 2024 poz.177)

„Wspieranie rodziny jest prowadzone za jej zgodą i aktywnym udziałem,  
z uwzględnieniem zasobów własnych oraz źródeł wsparcia zewnętrznego.”

**WYRAŻAMY ZGODĘ \*)**

**NIE WYRAŻAMY ZGODY \*)**

na  
wspieranie naszej RODZINY przez ASYSTENTA RODZINY  
w celu przezwyciężenia trudności  
w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych.

\*) Niepotrzebne skreślić podwójną linią

DATA PODPISANIA DOKUMENTU:

PODPISY DOROSŁYCH CZŁONKÓW RODZINY:

imię i nazwisko	seria i numer dowodu osobistego	czytelny podpis
<div></div>	<div></div>	<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>

DOKUMENT PODPISANY ZOSTAŁ W OBECNOŚCI:

imię i nazwisko	stanowisko	czytelny podpis
<div></div>	<div></div>	<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>