

Koszalin, dnia.....

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

ZGODA NA KONTAKT Z ASYSTENTEM RODZINY

WYRAŻAM ZGODĘ *)

NIE WYRAŻAM ZGODY *)

*) niepotrzebne skreślić

na kontakt z asystentem rodziny w związku z możliwością otrzymania wsparcia zgodnie z Ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz Uchwałą z Nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”

.....
(podpis)