

7.

(imię i nazwisko dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

do poradni lekarskiej / specjalistycznej / szpitala / kliniki / placówki rehabilitacyjnej / gabinetu terapeutycznego / żłobka/ przedszkola / szkoły* / inne

8.

(imię i nazwisko dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

do poradni lekarskiej / specjalistycznej / szpitala / kliniki / placówki rehabilitacyjnej / gabinetu terapeutycznego / żłobka/ przedszkola / szkoły* / inne

* podkreślić właściwe

Oświadczam, że jestem właścicielem / użytkownikiem samochodu, którym dowożę ww dzieci.

UZASADNIENIE

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

Do wniosku załączam:

.....
.....

w tym do wglądu – dokument potwierdzający tytuł prawny do użytkowania pojazdu.

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie w celu realizacji obowiązków ustawowych – symbol RZ

.....
(data i podpis opiekuna/ów zastępczego/ych)

Opinia koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej:

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

.....
(data i podpis koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej)