Załącznik nr 5

Ożarów Mazowiecki, dnia …………….

………………………………………..

Imię nazwisko

………………………………………..

Adres zamieszkania

W odpowiedzi na Pani/Pana wniosek z dnia…………………..… i na podstawie oceny Zespołu ds. kwalifikowania kandydatów na szkolenie PRIDE otrzymuje Pani/Pan akceptację, stanowiącą podstawę do odbycia szkolenia dla kandydatów na rodzinę zastępczą niezawodową.

……………………………

(podpis dyrektora PCPR)