

Lubin, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor
Powiatowego Ośrodka
Pieczy Zastępczej
w Lubinie**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego mój udział w spotkaniach grupy wsparcia dla rodziców biologicznych dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej prowadzonych przez Organizatora Rodzinnej Pieczy Zastępczej w siedzibie Powiatowego Ośrodka Pieczy Zastępczej w Lubinie.

.....
(podpis)