…………….……………………………………………

Miejscowość i data

………………………………………………………..

………………………………………………………..

…………………………………………………………

Imię i nazwisko, adres

 rodzica biologicznego

**Starosta Lwówecki**

Zwracam się z prośbą o odstąpienie od ustalenia opłaty za pobyt mojego (moich) dziecka(i)………………………………………………………………………………………..……………………………………………………,

przebywającego (ych)w pieczy zastępczej.

Prośbę swą motywuję……………………………………………………………………………………………………………………… ..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………..

podpis