

Włocławek, dnia _____

(imię i nazwisko)

(ulica, nr domu, mieszkania)

(nr telefonu)

**DYREKTOR
MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY RODZINIE
WŁOCŁAWEK**

Na podstawie art. 8 ust. 6 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” wnoszę o przydzielenie asystenta rodziny do koordynowania wsparcia.

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, potwierdzające okoliczności, o których mowa w art. 4, ust. 3 ustawy z dnia 04 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.
2. Zgoda na przetwarzanie przez asystenta rodziny danych osobowych wnioskodawcy w zakresie niezbędnym do wykonywania zadań wynikających z ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” zakresie oraz zgoda na przekazanie asystentowi rodziny informacji o udzielonym wsparciu przez jednostki samorządu terytorialnego oraz jednostki organizacyjne realizujące wspieranie rodziny lub inne jednostki sektora finansów publicznych lub wykonujące zadania zlecone im przez jednostki sektora finansów publicznych.