

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**WNIOSEK DO STAROSTY POWIATU OSTROWIECKIEGO
O UMORZENIE OPŁATY ZA POBYT DZIECKA
W PIECZY ZASTĘPCZEJ**

Wnoszę o umorzenie opłaty za pobyt dziecka
w pieczy zastępczej za okres od dnia do dnia

Wniosek motywuję

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

.....
Podpis wnioskodawcy

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek