

Ośrodek Pomocy Społecznej  
27-660 Koprzywnica  
ul. 11 Listopada 88  
tel.15 847 70 42; fax 15 847 70 77

Koprzywnica, dnia .....

Znak.....

**Sąd Rejonowy**  
**III Wydział Rodzinny i Nieletnich**  
**ul. Kościuszki 2a**  
**27-600 Sandomierz**

### POWIADOMIENIE O ZAPEWNIENIU DZIECKU OCHRONY

Powiadamiam, że w wyniku interwencji na podstawie art. 12a ust. 5 ustawy  
o przeciwdziałaniu przemocy domowej, w dniu .....  
małoletni/a..... PESEL .....  
..... PESEL.....  
.....PESEL .....  
zam. ....  
córka/syn .....

*(imiona i nazwiska rodziców)*

w związku z zagrożeniem życia lub zdrowia dziecka został/a umieszczony/a przez pracownika  
socjalnego w:

innej niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej .....

*(imię i nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa)*

rodzinnej pieczy zastępczej .....

*(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)*

instytucjonalnej pieczy zastępczej .....

*(nazwa i adres placówki)*

Szczegółowa informacja dotyczącej podjętej interwencji z opisem sytuacji dziecka

zostanie przekazana do Sądu niezwłocznie po jej sporządzeniu.

Otrzymują do wiadomości:

1. Adresat
2. a/a