

## ZAŁĄCZNIK NUMER 4 DO SOM

## WZÓR

Pure Dental Clinic Monika Maślińska- Brazulewicz  
Al. gen. Józefa Hallera 134 lok. 228, 80-416 Gdańsk  
email [rejestracja@puredentalclinic.pl](mailto:rejestracja@puredentalclinic.pl), telefon + 48 790 800 451  
NIP: 5832916999, numer księgi rejestrowej: 000000230853

.....  
(miejscowość, data)

Sąd Rejonowy<sup>1</sup> w .....  
..... Wydział Rodzinny i Nieletnich  
adres sądu

### Wnioskodawca:

.....  
imię nazwisko zgłaszającego/dane  
instytucji/adres

### Uczestnicy postępowania:

.....  
imiona i nazwiska rodziców,  
adres zamieszkania rodziny  
**rodzice małoletniego:**

.....  
imię i nazwisko dziecka

## WNIOSEK

Niniejszym wnoszę o wgląd w sytuację małoletniego ..... (imię i nazwisko dziecka, adres zamieszkania) i wydanie odpowiednich zarządzeń opiekuńczych.

### Uzasadnienie

.....  
.....  
[należy opisać niepokojące sytuacje, co sprawiło, że zdecydowaliśmy się na podjęcie interwencji, dlaczego uważamy, że dobro dziecka jest zagrożone.

Można zamieścić informacje o osobach, które były/są świadkami niepokojących zdarzeń]

W związku z powyższym, wnoszę o wydanie odpowiednich zarządzeń w celu zabezpieczenia dobra małoletniego dziecka.

.....  
(podpis składającego wniosek)

Gdańsk dnia 15 sierpnia 2024 r.

.....  
Podpis Kierownika PDC

<sup>1</sup> Wniosek należy złożyć do sądu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka.  
Złożenie wniosku jest wolne od opłat