

(Sutikimo / atsisakymo priimti intensyvią mobiliosios komandos pagalbą forma)

**VALSTYBĖS VAIKO TEISIŲ APSAUGOS IR ĮVAIKINIMO TARNYBOS PRIE
SOCIALINĖS APSAUGOS IR DARBO MINISTERIJOS**

(teritorinio vaiko teisių apsaugos skyriaus pavadinimas)

PRIIMTI INTENSYVIĄ MOBILIOSIOS KOMANDOS PAGALBĄ
(sutikimas / atsisakymas)

(data) Nr. _____

Aš, _____,
(vaiko (-ų) tėvų arba turimo vienintelio iš tėvų vardas (-ai), pavardė (-ės))

☐ *s u t i n k u* priimti intensyvią mobiliosios komandos pagalbą adresu

(šeimos ir (ar) vaiko gyvenamosios vietos adresas arba kita su mobiliosios komandos specialistais sutarta vieta)

☐ *a t s i s a k a u* priimti intensyvią mobiliosios komandos pagalbą, nes

(atsisakymo priežastis)
_____.

Esu informuotas (-a), kad, atsisakęs (-iusi) priimti intensyvią mobiliosios komandos pagalbą, galiu pakeisti savo sprendimą ir sutikti priimti intensyvią mobiliosios komandos pagalbą iki _____.
(nurodyti datą)

Vaiko tėvas / motina _____
(parašas) (vardas ir pavardė)

(data)

Vaiko tėvas / motina _____
(parašas) (vardas ir pavardė)

(data)

(Pareigos) (Parašas) (Vardas ir pavardė)

(Pareigos) (Parašas) (Vardas ir pavardė)

(Pareigos) (Parašas) (Vardas ir pavardė)