

Porąbka, dnia

.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Oświadczam, że:

na osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej wybieram:

.....
(Imię i Nazwisko, telefon lub e-mail)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie opiekun nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
2. Oświadczam, że osoba wskazana do pełnienia funkcji usług opieki wytchnieniowej jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

nie wskazuję osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Podpis uczestnika Programu

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025
jest finansowana w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego