

....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y wskazuję na świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Pana/Panią

imię i nazwisko wskazanej osoby

dane kontaktowe

.....
adres zamieszkania, numer telefonu

Oświadczam, że wyżej wskazana osoba nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością (wstępnym lub zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem) oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Czytelny podpis uczestnika Programu
/opiekuna prawnego

*Niepotrzebne skreślić