



Modliborzyce, dnia .....

.....  
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....  
Adres zamieszkania

.....  
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

### OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022.

Oświadczam, że:

na osobę do świadczenia usług opieki wytchnieniowej wybieram:

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

1. Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
2. Oświadczam, że osobę wskazaną przeze mnie do świadczenia opieki wytchnieniowej znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tych usług.

nie wskazuję osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

.....  
Podpis uczestnika Programu