

Szczyrk, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” –
EDYCJA 2023**

Oświadczam, że:

☐ wskazuję osobę świadczącą usługi w ramach opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi w ramach opieki wytchnieniowej:

.....

Telefon:

.....

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,

☐ Nie wskazuję osoby świadczącej usługi w ramach opieki wytchnieniowej.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna
prawnego uczestnika Programu

