

……………………………………………………………………   
 Imię i Nazwisko uczestnika Programu

………………………………………………………………….   
 Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO ŚWIADCZENIA USŁUGI "Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Oświadczam, że:

☐ wskazuję osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

……………………………………………………………………..……………………………

**(Imię i Nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu)**

1. Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny oraz nie jest opiekunem prawnym.
2. Oświadczam, że akceptuję osobę wskazaną przez siebie do świadczenia opieki wytchnieniowej, znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

|  |
| --- |
|  |

☐ nie wskazuję osoby która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

……………………………………

**podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

**Program "Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 jest finansowany w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**