

Miejscowość i data:

OŚWIADCZENIE

**dotyczące przygotowania osoby do świadczenia opieki wytchnieniowej
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2026**

Ja, niżej podpisany/-a

.....

.....,

wskazuję następującą osobę do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko osoby:

.....

.....

Adres:

.....

.....

Telefon:

Oświadczam, że:

1. wskazana przeze mnie osoba jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną i nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu;

2. ww. osoba jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

.....

podpis