………………………………………… …………………...

*imię i nazwisko miejscowość, data*

...............................................................

*adres zamieszkania*

…………………………………………

*numer telefonu*

**dotyczy realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Oświadczam, iż akceptuje Pana/Panią

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

*imię i nazwisko osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej*

do pełnienia funkcji osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej na rzecz

…………………………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej*

…………………....…………………………………………………………

*podpis rodzica osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego*