

.....
(miejsowość i data)

.....
imię i nazwisko Kandydata na Uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

**Oświadczenie Kandydata na Uczestnika Programu o wskazaniu osoby realizującej usługę
opieki wytchnieniowej**

Ja niżej podpisana/y w związku z ubieganiem się o kwalifikację do Programu Opieka
wytchnieniowa – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego Edycja 2024, wskazuję Panią / Pana:

.....
zam. tel.

na osobę realizującą wobec mnie usługę opieki wytchnieniowej.

**Oświadczam, iż proponowana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest moim
członkiem rodziny oraz osoba ta nie zamieszkuje ani nie pozostaje ze mną we wspólnym
gospodarstwie domowym.**

**Oświadczam, iż wskazana osoba jest przygotowana do realizacji usługi opieki wytchnieniowej
wobec mojej osoby.**

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(podpis osoby lub opiekuna prawnego)