

OŚWIADCZENIE
(wypełnia wyłącznie pełnoletnia osoba niepełnosprawna)

Ja niżej podpisana/y
(imię i nazwisko)

zamieszkała/ły w
(miejscowość, kod pocztowy, ulica numer domu/mieszkania)

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 r. w miejscu zamieszkania.

***właściwe należy podkreślić**

Data.....

Czytelny podpis.....