 

 Sokółka, dnia …………………..

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

………………………………………………………………………
 Adres zamieszkania

………………………………………………………………………..
 (Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

 **OŚWIADCZENIE**

dotyczące wskazania Opiekuna w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

 Oświadczam, że na Opiekuna wybieram:

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

 (Imię i Nazwisko, telefon)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie opiekun nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
2. Oświadczam, że osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji opiekuna znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

 …………………………………………….
 Podpis uczestnika Programu