……………….……………….., …………… 2025 r.

 *miejscowość, data*

…………………………………………….………

 *imię i nazwisko Uczestnika Programu*

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

 *adres zamieszkania*

**OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI OPIEKUNA WYTCHNIENIOWEGO**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że akceptuję Panią/Pana:

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

 *imię i nazwisko wskazanego opiekuna wytchnieniowego*

do świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla mojego małoletniego dziecka/ podopiecznego:

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

 *imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością do ukończenia 18 roku życia*

 ………………………………………………………….

 *podpis Uczestnika Programu*