……………….……………….., …………… 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*