

Oświadczenie Uczestnika Programu

„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

Wskazanie osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Na osobę, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej wskazuję:

Imię i nazwisko kandydata:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługi opieki wytchnieniowej posiada co najmniej półroczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym

Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi opieki wytchnieniowej

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)