



Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
dot. akceptacji osoby wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025**

Ja niżej podpisany/a będący rodzicem*/

(imię i nazwisko)

opiekunem prawnym*/ małoletniego/-ej.....

(imię i nazwisko)

oświadczam, że akceptuję Panią/Pana

(imię i nazwisko)

do realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla

Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić

