Załącznik nr 10 do Regulaminu

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość i data

.....
Ulica, nr mieszkania

.....
Kod pocztowy, miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a ……
Imię i nazwisko

wyrażam zgodę, aby Pan/Pani ……...…….,
Imię i nazwisko

…….……..
adres zamieszkania

wskazana przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szamotułach,
w okresie od ……..…….do……..świadczył/a usługę opieki wytchnieniowej nad:
…… ……..:
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

Tym samym potwierdzam, że Pan/i…….. posiada kompetencje i umiejętności, które pozwolą na zapewnienie należytej opieki nad ww. dzieckiem z niepełnosprawnością.

.....
Podpis osoby oświadczającej