



OŚWIADCZENIE

**Uczestnika (opiekuna/członka rodziny osoby z niepełnosprawnością) Programu „Opieka
wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Oświadczam, że..... ,
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis uczestnika Programu)