

OŚWIADCZENIE
o akceptacji osoby, która ma świadczyć usługi opieki wytchnieniowej

Ja, niżej podpisany

akceptuję na osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej na rzecz mojego dziecka w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 Panią/Pana:

Dane osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nazwisko rodowe:

Imię ojca:

Imię matki:

adres:

Telefon:

Trąbki Wielkie,

.....
Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/
opiekuna osoby niepełnosprawnej