



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

OŚWIADCZENIE

Dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Oświadczam, że:

☐ na opiekuna wybieram:

.....

Imię i nazwisko, dane kontaktowe

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie opiekun nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
2. Oświadczam, że osobę wskazaną przez siebie do pełnienia opiekuńczej funkcji znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuję należyte wykonanie tej funkcji.

.....

Podpis uczestnika Programu