**………………………………………… …………………...**

**Imię i Nazwisko Miejscowość, data**

**..........................................**

**Adres zamieszkania**

**…………………………………………**

**Numer telefonu**

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Oświadczam , że wskazuję Pana/Panią:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu.**

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej oraz że osoba ta spełnia wymagania programu

dotyczące realizacji usługi opieki wytchnieniowej i nie jest członkiem rodziny.

 ...………………………………………………….

**Podpis członka rodziny /opiekuna osoby z niepełnosprawnością**