

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Oświadczam, że akceptuję Pana/Panią:

.....
(imię i nazwisko osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej)

do pełnienia funkcji osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej na rzecz:

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
podpis rodzica osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego