Radom dnia …………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/ny oświadczam iż jestem opiekunem prawnym

……………………………………………………………………………………

( Imię i Nazwisko )

Oraz akceptuję Panią/Pana\*

…………………………………………………………………………………….

( Imię i Nazwisko )

jako osobę, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej w ramach

Programu Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

…………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić