Radom dnia …………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/ny zostałam/łem poinformowany przez realizatora Programu Stowarzyszenie Pomocy Niepełnosprawnym „Do Celu” im. Św. Brata Alberta w Radomiu, w formie ustnej o przyznaniu mi usługi opieki wytchnieniowej oraz przyznanej formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej

(………………………………………………………………………………),

( forma opieki dziennej/forma opieki całodobowej )

 o wymiarze przyznanej usługi opieki wytchnieniowej

(………………………………………………………………………………….),

( Ilość godzin/dni opieki wytchnieniowej )

a także o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej.

…………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna prawnego