**OW 2025**

*Załącznik nr 5 do Karty zgłoszenia do Programu*

.......................................................... ..........................................

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością) (miejscowość, data)

...........................................................

………………………………………

 (miejsce zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na świadczenie usług opieki wytchnieniowej przez Panią/a ………………………………………………………………

 ………………………………………………………………

 Podpis osoby z niepełnosprawnością

 w przypadku gdy nie jest ustanowiony opiekun prawny