**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