**OW 2025**

*Załącznik nr 6 do Karty Zgłoszenia do Programu*

**OŚWIADCZENIE
o akceptacji osoby wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej**

 **dla małoletniego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Ja, ................................................................................................................. będący rodzicem\*/

(imię i nazwisko)

opiekunem prawnym\*małoletniej/ego............................................................................

 (imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana ....................................................................
 (imię i nazwisko)

do realizacji usług opieki wytchnieniowej względem mojego dziecka/podopiecznego.

..................................................................
 Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

\* niepotrzebne skreślić