

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