Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w Programie *Opieka wytchnieniowa*

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego— edycja 2024

Lipsko, dnia ………………………

……………………………………………

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego )

……………………………………………

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

Akceptuję Panią/-na …………………………………………………………………….……   
 *(imię i nazwisko osoby, która będzie świadczył/a usługi opieki wytchnieniowej )*

na osobę, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej

na rzecz …………………………………………………………………  
 *(imię i nazwisko dziecka do 16 r.ż. z orzeczoną niepełnosprawnością)*

……………………………………………………………….

*(data i podpis uczestnika rodzica/opiekuna prawnego)*