Lipsko, dnia ......................................................

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości samodzielnego wyboru:

 osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej,
 miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej , o którym mowa w ust. 5 pkt 1 lit. c oraz
ust. 5 pkt 2 lit. c, Programu tj. z zastrzeżeniem iż wskazane miejsce otrzyma pozytywną opinię
Powiatu Lipskiego.

Korzystając z powyższego prawa wskazuję/ nie wskazuję\*

 osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej:
.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................
 miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej , o którym mowa w ust. 5 pkt 1 lit. c oraz
ust. 5 pkt 2 lit. c Programu, z zastrzeżeniem iż wskazane miejsce otrzyma pozytywną opinię
Powiatu Lipskiego

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

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

 (podpis osoby opiekuna prawnego lub członka

 rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

\*niepotrzebne skreślić