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