

 

Załącznik nr 6

do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST- edycja 2024 w Powiecie Radomskim

Radom, dnia ……………………………

………………………………………………………………………

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego )

……………………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

Akceptuję Pana/Panią …………………………………………………………………………………………………………….
 (imię i nazwisko opiekuna)

jako opiekuna, który będzie świadczył usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu ,,Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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

 …………………………………………………………………

 /podpis rodzic/opiekuna prawnego/