

Załącznik nr 2

do **Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa”**

 **dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

**w Powiecie Radomskim**

Oświadczenie dotyczące wskazania opiekuna mającego świadczyć usługi.

Ja niżej podpisany/podpisana

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

oświadczam, iż do pełnienia roli opiekuna w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wyznaczam panią/pana ………………………………………………………………………………………………………...

Zamieszkałą/y………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Jednocześnie oświadczam, że wskazany opiekun nie jest członkiem rodziny, w szczególności: wstępnym oraz zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz inną osobą pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Podpis uczestnika/opiekuna prawnego)