

Załącznik nr 6

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

 **dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

**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 2025
na rzecz mojego dziecka…………………………………………………………………………………………………………
/imię i nazwisko dziecka/podopiecznego z orzeczoną niepełnosprawnością/

 …………………………………………………………………

 /podpis rodzic/opiekuna prawnego/