

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **Osoba świadcząca usługi opieki wytchnieniowej**, tj. Pani/Pan nie jest członkiem mojej rodziny*, nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną oraz nie pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
(podpis Uczestnika Programu)

*Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy: rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Uczestnikiem Programu.