Załącznik nr 4 do Regulaminu Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2025

.....
(miejscowość i data)

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

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE
Uczestnika Programu „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla JST
edycja 2025 – Pobyt dzienny

W związku z Programem „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla JST – EDYCJA 2025 – Pobyt dzienny, oświadczam, że akceptuję Panią/Pana …… jako osobę świadczącą usługę opieki wytchnieniowej dla …… .

……
(podpis Uczestnika Programu)