

Załącznik nr 2 do
Regulaminu naboru, uczestnictwa i realizacji Programu
„Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
w Gminie Kołbiel

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....
(adres uczestnika Programu)

Oświadczenie

Jako opiekuna, który będzie świadczył usługi opieki wytchnieniowej wskazuję Pana/Panią

..... zam.....

tel.

Oświadczam, iż wyżej wskazana osoba nie jest w stosunku do osoby z niepełnosprawnością jej wstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

.....
(podpis uczestnika Programu)