



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
(miejscowość i data)

„Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a

wyrażam zgodę, aby w projekcie „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025
usługi dla mojego dziecka realizowane były przez

.....
.....

(imię i nazwisko opiekuna, adres zamieszkania).

.....
Podpis osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka
rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)