Kalwaria Zebrzydowska, dn.....

….....
(imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej)

….....

….....
(adres zamieszkania)

….....
(numer telefonu)

**Oświadczenie członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba.....

(imię i nazwisko osoby wskazanej)

która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej jest przygotowana do świadczenia tej opieki nad ….....

(imię i nazwisko Osoby Niepełnosprawnej)

….....
(podpis członka rodziny lub opiekuna)