



.....  
Imię i Nazwisko Uczestnika

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania Uczestnika

.....  
Numer telefonu Uczestnika

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ  
PROGRAMU OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO –  
EDYCJA 2024**

**Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli opiekuna wytchnieniowego**

**Pani/Pan.....**

.....  
(imię i nazwisko opiekuna wytchnieniowego oraz adres zamieszkania i numertelefonu)

**jest przygotowana do świadczenia usług opiekuna wytchnieniowego na moją/mojego  
podopiecznego rzecz oraz spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług opieki  
wytchnieniowej.**

**Oświadczam, że osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej/mojego podopiecznego  
rodziny w rozumieniu zapisów Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2025<sup>1</sup>**

.....  
(czytelny podpis uczestnika Programu  
lub rodzica małoletniego/opiekuna  
prawnego)

---

<sup>1</sup>Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.