*Załącznik nr 3*

 .........................................…

 (miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

# OŚWIADCZENIE

 Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem\* się z Programem „Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2021,
oraz prawami i obowiązkami wynikających z przyznania opieki Wytchnieniowej.

 .......................................................

 (podpis Uczestnika Programu)

 Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam\* z innych form usług w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
w godzinach realizacji usługi wytchnieniowej.

 .......................................................

 (podpis Uczestnika Programu)