*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)