**Oświadczenie Uczestnika Programu**

**„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**II. Oświadczenia:**

**☐** Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem
o niepełnosprawności akceptuję wskazaną osobę jako opiekuna mojego dziecka

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczeniaco potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)