**OŚWIADCZENIE**

**o akceptacji osoby wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla dziecka do 16 roku życia w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Ja, ................................................................................................................. będący rodzicem\*/

(imię i nazwisko)

opiekunem prawnym\*nieletniej/nieletniego.................................................................................

(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana .......................................................................

(imię i nazwisko)

do realizacji usług opieki wytchnieniowej względem mojego dziecka/podopiecznego.

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

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

\* niepotrzebne skreślić