***Załącznik nr 2*** *do Regulaminu Rekrutacji oraz udziału   
w Programie „Opieka wytchnieniowa”   
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego   
– edycja 2025*

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

Dane Wnioskodawcy

**Oświadczenie uczestnika programu „Opieka wytchnieniowa”   
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego   
– edycja 2025**

Oświadczam, że

☐ Wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko: ………………………………………………………..

Telefon: ……………………………………………………………………

Email: ……………………………………………………………………….

W/wymieniona osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
* Jest przygotowana do realizacji usługi opieki wytchnieniowej
* Spełnia warunki określone w punkcie V ust. 8 Programu.

☐ Nie wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

………………………………………………

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu