



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

Krośniewice, dnia .....

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i w pełni go akceptuję.

.....

(podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)