

Imielin, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że Pan/ Pani.....

posiada doświadczenie w opiece nad.....

(opisać: doświadczenie w opiece nad jaką osobą, ile lat/ miesięcy , w jakim wieku, z jaką niepełnosprawnością, z jakimi schorzeniami, w jakiej formie była ta pomoc)

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

zgodnie z wymaganiami Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego-
edycja 2024

.....

podpis