**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/ny\* oświadczam, że korzystam/nie korzystam\* z usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 dofinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, których dysponentem jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej prowadzonej przez inne instytucje w tym m.in. organizacje pozarządowe, ośrodki pomocy społecznej, ośrodki pomocowe dziennego pobytu nazwa instytucji/organizacji: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

W wymiarze: ………………………………………………………………………………………………………………………

Jestem świadoma(y)\* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

W przypadku wystąpienia jakichkolwiek zmian niezwłocznie pisemnie zawiadomię o tym fakcie koordynatora projektu Panią Irenę Kuc-Sierpińską.

….............................................  
(data, czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić