



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Programem Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „*Opieka wytchnieniowa*” — edycja 2024, współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

- zapoznałem/am się z Regulaminem naboru i uczestnictwa w Programie „*Opieka wytchnieniowa*” w Gminie Człopa (edycja 2024), wprowadzonego Zarządzeniem Kierownika Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Człopie.

Miejscowość, dnia

Podpis

(Podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/
opiekuna osoby z niepełnosprawnością)