**OŚWIADCZENIE**

**(wypełnia wyłącznie pełnoletnia osoba niepełnosprawna )**

Ja niżej podpisana/a ……………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

zamieszkała/ły w ………………………………………………………………………………………………………………………............

(miejscowość, kod pocztowy, ulica numer domu/mieszkania )

Oświadczam , że wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „ Opieka wytchnieniowa ” –edycja 2019 r.który jest finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnychw miejscu mojego zamieszkania,

**\*właściwe należy podkreślić**

Data………………………………………………….. Czytelny podpis………………………………………………………