Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i realizacji
Programu „Opieka wytchnieniowa" dla JST – edycja 2024
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w Gminie Celestynów

…… ……
Imię i Nazwisko Miejscowość, data

……
Adres zamieszkania Miejscowość, data

……
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE OSOBY ŚWIADCZĄCEJ OPIEKĘ, ŻE NIE JEST CZŁONKIEM RODZINY, OPIEKUNEM, NIE ZAMIESZKUJE RAZEM

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny ……., jej opiekunem, nie zamieszkujemy razem.

……..
Podpis osoby świadczącej opiekę