………………………………………… …………………...

Imię i Nazwisko Miejscowość, data

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

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” -EDYCJA 2023, DOTYCZĄCE WSKAZANIA OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Oświadczam, że:
☐ Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie
☐ Zostałem/am poinformowany/a o finasowaniu Programu ze środków Funduszu
Solidarnościowego
☐ Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej
☐ **Wskazuję Pana/Panią:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu**

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej oraz oświadczam, że osoba ta spełnia wymagania programu dotyczące realizacji usługi opieki wytchnieniowej

☐ **Nie wskazuję opiekuna**

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń
niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)(1).

 ...………………………………………………….

 **Podpis uczestnika programu**

 **lub członka rodziny /opiekuna**

1. art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze
pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”