

.....  
Imię i nazwisko

.....  
adres

### **OŚWIADCZENIE**

#### **O BRAKU POWIĄZAŃ RODZINNYCH I NIEPOZOSTAWANIU WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z UCZESTNIKIEM PROGRAMU**

Oświadczam, że nie jestem spokrewniony/a i nie zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem, programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów Osób z Niepełnosprawnościami”- edycja 2022.

**Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis asystenta)