

.....
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 2024.

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis asystenta)