



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

AKCEPTACJA OSOBY MAJĄCEJ ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ NA RZECZ OSOBY MAŁOLETNIEJ

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią*

Imię i nazwisko osoby mającej świadczyć usługę opieki wytchnieniowej

do pełnienia funkcji opiekuna na rzecz

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
Podpis rodzica osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić