Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru
 i uczestnictwa w Programie ,,Opieka
 wytchnieniowa’’ – edycja 2023

……………………………………………………………..……………… ………………….……,data:……………………….

( Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) ( miejscowość )

**OŚWIADCZENIE** **O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ OPIEKI NAD OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że ………………………………………………………………………………………….………………………………………………

pozostaje pod moją stałą, osobistą i bezpośrednią opieką, w związku z orzeczoną niepełnosprawnością, potwierdzoną orzeczeniem o niepełnosprawności / orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub dokumentem równorzędnym. W związku ze sprawowaną opieką nie pozostaję w zatrudnieniu, nie prowadzę działalności gospodarczej, nie wykonuję innej działalności zarobkowej.

 ……………………………………………………………………

 ( podpis osoby składającej oświadczenie)