Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru
 i uczestnictwa w Programie ,,Opieka
 wytchnieniowa’’ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

……………………………………………………………..……………… ………………….……,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 pozostaję/nie pozostaję\* w zatrudnieniu, prowadzę/nie prowadzę\* działalności gospodarczej, wykonuję/nie wykonuję\* innej działalności zarobkowej.

 ……………………………………………………………………

 (podpis osoby składającej oświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić