



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Słupsku

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**AKCEPTACJA OSOBY, KTÓRA MA ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ
ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią

.....
Imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej na rzecz:

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

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