*Załącznik Nr 1 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej*

*w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST — edycja 2024*

*przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

Szczecinek, dnia…………………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja ………………………………………. niżej podpisany/a oświadczam, że zgłaszając się do uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024r. zapoznałem się z treścią Programu oraz *Regulaminem realizacji usługi opieki wytchnieniowej – edycja 2024, przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku.*

…………………………………………………

*Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*