

Załącznik nr 7 do Regulaminu realizacji usługi
Opieki wychnieniowej organizowanej w ramach Programu
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

Szczecinek, dnia

.....
Imię i nazwisko członka rodziny / opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

**AKCEPTACJA OSOBY OPIEKUNA WYTCNIENIOWEGO
PRZEZ RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO MAŁOLETNIEGO**

Pozytywnie opiniuję i akceptuję Panią/Pana:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania, telefon)

jako kandydata do świadczenia usług opieki wychnieniowej na rzecz:

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

Jednocześnie oświadczam, że ww. osoba w mojej ocenie posiada wiedzę i predyspozycje pozwalające na realizację usług opieki wychnieniowej.

.....
czytelny podpis członka rodziny / opiekuna prawnego