**………………………………………… …………………...**

**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 akceptuje Pana/Panią ………………………………………………………………………………..,

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

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowejna rzecz

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością**

...…………………………………………………………

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