

**Rezygnacja z uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

W związku z korzystaniem z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka
wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 realizowanego przez
Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa, oświadczam, że rezygnuje ze wsparcia od dnia
..... z
powodu.....

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za założenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

.....
(data i podpis przyjmującego oświadczenie)