** **

WSKAZANIE

Osoby przez rodzica/opiekuna faktycznego do pełnienia opieki wytchnieniowej, całodobowej nad osobą

niepełnosprawną ……………………………………………………………………..………………………………………

 **imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, adres zamieszkania**

 Oświadczam, że jako opiekuna mojego wychowanka wskazuję pana/panią

………….………………………………………………………………

 imię i nazwisko osoby wskazanej do realizacji opieki wytchnieniowej

……………………………………………………………………………………………….

 adres

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

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

telefon/ adres email

upoważniam go do pełnienia roli całodobowego opiekuna nad moim wychowankiem.

………………………………………………………………

data, podpis opiekuna faktycznego

 Ja ……………………………………………………………………….. jako pełnoletnia osoba niepełnosprawna zdolna do

czynności prawnych oświadczam, że akceptuję pana/panią

……………………………………………………………………………….jako mojego opiekuna na czas nieobecności opiekuna

faktycznego.

………………………………………………………………

data, podpis ON

Gorzów Wlkp., dn……………………………………………………