



Oświadczenie
o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla małoletniego
od ukończenia 2 roku życia do 18 roku życia w ramach Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026

Ja, będący rodzicem/opiekunem prawnym
małoletniej/małoletniego, niniejszym oświadczam,
że akceptuję Panią/Pana do realizacji usług opieki
wytchnieniowej względem mojego dziecka/podopiecznego.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego



**Oświadczenie
o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle seksualnym
na potrzeby realizacji Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2026**

Ja, niżej podpisana/podpisany niniejszym
oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle seksualnym.

.....
(czytelny podpis osoby, która ma świadczyć
usługi opieki wytchnieniowej)

Załącznik: Wydruk z Rejestru Przestępstw Sprawców na tle seksualnym Ministerstwa Sprawiedliwości