

Pszczyna, dnia

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z załącznikiem nr 13 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, tj. Klauzulą informacyjną RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 przedstawiona przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w Warszawie.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z załącznikiem nr 12 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, tj. Klauzulą informacyjną w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 przedstawiona przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie.
3. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

.....
Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

