

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**Akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wychnieniowej
ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością**

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią

.....,
Imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wychnieniowej

do świadczenia usługi opieki wychnieniowej na rzecz

.....
.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

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