

.....  
(Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej)

.....  
(numer telefonu)

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU KWALIFIKACJI DO REALIZACJI  
USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

W związku z ubieganiem się o pełnienie funkcji osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, realizowanego przez Fundację Rodzin Polskich im św. Jana Pawła II ja niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na następujących kierunkach (*proszę zaznaczyć znakiem X właściwe*):

- asystent osoby niepełnosprawnej,
- opiekun osoby starszej,
- opiekun medyczny,
- pedagog,
- psycholog,
- terapeuta zajęciowy,
- pielęgniarka,
- siostra PCK
- fizjoterapeuta.
- inny zawód lub specjalność o charakterze medycznym lub opiekuńczym

(jaki?).....

**Na potwierdzenie spełnienia ww. warunku załączam dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji np. dyplom, świadectwo.**

.....  
**(czytelny podpis osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej)**