

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

.....
(numer telefonu)

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UDOKUMENTOWANEGO DOŚWIADCZENIA W
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 co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

Na potwierdzenie posiadania doświadczenia załączam referencje / umowę lub inny dokument wskazujący spełnienie ww. warunku.

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