…........................................................

 /imię i nazwisko/

…........................................................

 /adres zamieszkania/

**O Ś** **W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, iż:

- jestem pełnoletnim członkiem rodziny lub opiekunem prawnym;

- pełnię funkcję opiekuńcze wobec osoby niesamodzielnej, niepełnosprawnej, osoby starszej potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

- posiadam wątpliwości w zakresie właściwego sposobu pełnienia przez siebie funkcji opiekuńczych

wobec osoby niesamodzielnej, niepełnosprawnej, osoby starszej:………………………………………………………

Pień, dnia …........................................ .........................................................

 /czytelny podpis/