**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w gminie Wschowa.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 realizowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego.

……….………………….. ……...........………………

miejscowość, data czytelny podpis