POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
Bełchatów
97-400 Bełchatów ul. Czapliniecka Nr 66
tel. 44 715 22 61 , 44 739 48 07, fax 44 632 53 48
http://www.pcpr.powiat-belchatowski.pl/
adres e-mail: pcpr@powiat-belchatowski.pl

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania.....

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej

.....

(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią stałej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Oświadczam, że nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie.
Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
Oświadczam, że mam ukończone 18 lat
Oświadczam, że mam ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....
data i czytelny podpis