................................................

(miejscowość i data)

...................................................

………………………………………………..

………………………………………………..

(nazwisko i imię, adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na świadczenie usług opieki wytchnieniowej.

*Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz.2345) – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”*

...........................................................

(czytelny podpis)