

**Wypełnić tylko jeśli lekarz zaleci pobyt opiekuna na turnusie**

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej niezbędnego  
i uczestniczącego w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko opiekuna .....

Adres zamieszkania .....

Oświadczam, że:

1. nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym, w którym uczestniczy osoba niepełnosprawna (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej) .....,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończyłem/am 18 lat\*

Lub

ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny w/w osoby niepełnosprawnej\*,

4. że korzystałem\* / nie korzystałem\* z dofinansowania do wyjazdu na turnus rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych w roku bieżącym.

\*Niepotrzebne skreślić

Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 roku (Dz. U nr 88, poz. 553 z póź. zm.) za fałszywe zeznania, prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej