***Zał. Nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym***

 …………………………………….....

 Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

…………………………………………………………

 **Imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej**

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

 **adres zamieszkania**

**Nr PESEL** ………………………………….....

Zobowiązuję się sprawować opiekę nad ………………………………………………………..

 **Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej**

zam. ………………………………………………………………………………………………………………..

 **adres zamieszkania**

w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

**Ponadto oświadczam, że:**

- nie będę pełnił/niła funkcji członka kadry na tym turnusie,

- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,

- ukończyłem/łam 18 lat\*,

- ukończyłem/łam 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*

**\*właściwe podkreślić**

Zgadzam się na przetwarzanie Moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym oświadczeniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sępólnie Krajeńskim
z siedzibą w Więcborku, ul. Starodworcowa 8, 89-410 (Administrator danych osobowych),
w celu realizacji wniosku.

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

 Imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej

 na turnusie rehabilitacyjnym