

**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 pełnił 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 Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w roku bieżącym,

**5.** posiadam\*/ nie posiadam\* grupę inwalidzką lub stopień niepełnosprawności (jeśli tak podać jaki)

.....

\* niepotrzebne skreślić

Uprzedzony 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, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej