



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji  
i realizacji Programu „Opieka wychnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -  
edycja 2024

## **Formularz dla opiekuna prawnego osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

### **I. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Podstawa ustanowienia opieki (np. orzeczenie sądu, data, sygnatura):

.....

.....

### **II. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

2. Przyjmuję do wiadomości informację o przetwarzaniu danych osobowych w związku z reprezentowaniem przeze mnie uczestnika Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis opiekuna prawnego)



**Gmina  
Korczyna**