

**FORMULARZ**

**udziału w programie „Opieka Wytchnieniowa” edycja 2019 moduł III  
realizowanym przez Centrum Usług Opiekuńczych w Zielonej Górze  
w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**

**I. DANE WNIOSKODAWCY (członka rodziny/ opiekuna):**

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr tel.....

**II. DANE PODOPIECZNEGO:**

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

**III. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad<sup>1</sup>:

.....  
(imię i nazwisko podopiecznego).

2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 7 dni od zaistnienia zmiany.

2. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Usług Opiekuńczych w Zielonej Górze dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

---

<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić